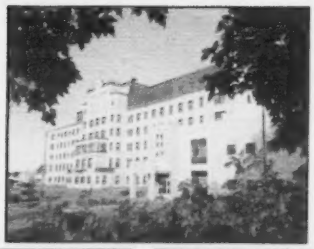
Centre de santé et de services sociaux
de Matane



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2011-2012

Hôpital de Matane (siège social)
333, rue Thibault
Matane (Québec) G4W 2W5

Centre d'hébergement de Matane
150, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A2

CLSC de Matane
349, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A8

Adopté par le conseil d'administration
Le 27 juin 2012

Production
Direction générale

Édition
© Centre de santé et de services sociaux de Matane

Ce document a été édité en quantité limitée et est disponible sur demande à la Direction générale.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Dans cet ouvrage, la forme masculine n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte sans intention de discrimination aucune.

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale

Mesdames, Messieurs,

L'année 2011-2012 a été marquée par la visite d'Agrément Canada. Cette démarche a mobilisé l'ensemble des employés de notre organisation.

Grâce à des équipes dynamiques, nous avons obtenu une certification de trois ans attestant l'atteinte des objectifs d'amélioration continue de la qualité.

Cette opération n'aurait pu être menée à bien sans l'engagement exceptionnel des employés, des cadres, des médecins et des bénévoles de notre organisation.

Les objectifs convenus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 ont été en grande partie réalisés avec succès.

Le CSSS de Matane a pu rembourser son solde du déficit non autorisé de 359 546 $. L'établissement a également réussi à dégager un surplus budgétaire de 929 899 $ après un transfert de fonds de 248 536 $ au 31 mars 2012.

L'année 2011-2012 a permis d'établir des liens privilégiés avec nos partenaires tels que : les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, le Cégep de Matane, le Centre local de développement, les GMF, etc..

Un merci tout particulier à notre Fondation qui est un support inestimable dans la planification de nos services. Elle contribue au mieux-être de notre population en nous aidant à progresser entre autres, par l'acquisition d'équipements.

La gestion des ressources humaines est au cœur de nos préoccupations. Elle se traduit par un souci constant de mobilisation de nos ressources humaines. Nous avons adopté, cette année, une politique visant à contrer la violence et le harcèlement au travail.

Plusieurs postes d'encadrement ont été comblés, entre autres, la directrice de la santé physique, le coordonnateur des services alimentaires, hygiène et salubrité et nutrition clinique, le coordonnateur des services ambulatoires, le conseiller en ressources humaines et le conseiller en santé et sécurité au travail.

Nous avons également mis sur pied notre site internet en collaboration avec le Cégep de Matane pour la conception.

Encore une fois, la soirée reconnaissance tenue le 27 octobre 2011 a permis de souligner les départs à la retraite de 22 employés ainsi que les 25 ans de service de 9 employés.

Trois rencontres avec les employés ont été tenues dans les différents sites soit l'hôpital, le Centre d'hébergement et le CLSC afin de présenter la planification stratégique 2011-2015, la situation financière ainsi que la politique concernant la violence et le harcèlement au travail.

L'année qui s'amorce apportera elle aussi, plusieurs projets à réaliser et des défis à relever. Le CSSS de Matane poursuivra ses travaux de consolidation et d'amélioration des services dans un esprit de partenariat aussi bien avec les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux qu'avec les organisations des autres secteurs d'activité tels que : éducation, municipal, milieux communautaires et économie sociale.

À l'instar de l'équipe visiteuse d'Agrément Canada, nous observons que notre personnel est dédié à la clientèle, ce qui constitue à nos yeux un atout inestimable pour notre organisation. Nous adressons de sincères remerciements à tous les employés, les cadres, les médecins et les bénévoles pour leur engagement, leur compétence et leur professionnalisme, pour qui la qualité demeure un souci de tous les instants.

Le président du conseil d'administration,

Louis Pelletier

La secrétaire du conseil d'administration et directrice générale,

Nicole Morin

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2011-2012 du Centre de santé et de services sociaux de Matane :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

La directrice générale,

Nicole Morin

Chapitre 1

Présentation de l'établissement

La mission de l'établissement et des centres qu'il exploite

La mission du *Centre de santé et de services sociaux de Matane* est de faire en sorte qu'il se dispense dans les centres qui le compose, les meilleurs services à la population de la MRC de Matane dans le respect des missions (hôpital, centre d'hébergement, centre local de services communautaires).

Pour ce faire, l'approche privilégiée est celle des programmes-services (programmes-clientèles), caractérisée par la notion de réseau de soins et de services intégrés, de *continuum* de services requis par les clientèles cibles.

Donc, chaque programme-service met en place un ensemble de services et d'activités intégrés pour lesquels sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières, où s'inscrit la présence d'équipes multidisciplinaires. L'établissement préconise la gestion en tandem (gestionnaire et médecin) au sein de chaque programme dans le but d'assurer une plus grande cohésion et une collaboration encore plus étroite dans la façon de dispenser les soins et les services à notre clientèle.

Mission hôpital :

La mission de l'hôpital est d'offrir des services diagnostiques et des soins généraux et spécialisés. À cette fin, ce centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins. Il s'assure que leurs besoins sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts. Ils peuvent être offerts à l'intérieur ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Mission centre d'hébergement :

La mission du centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon permanente ou temporaire un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance. À cela s'ajoutent des services de réadaptation, de diétothérapie, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, ce centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ladite installation ou de nos ressources affiliées.

La mission de ce centre comprend également l'exploitation de ressources intermédiaires, de concert avec des ressources privées du milieu de même que la prise en charge de la clientèle en perte d'autonomie desservie dans les résidences de type familial.

Mission centre local de services communautaires :

La mission du centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique.

Les installations

Le **Centre de santé et de services sociaux de Matane** se compose de trois missions :

- L'*Hôpital de Matane* est un établissement de soins de courte durée offrant des services diagnostiques, des soins généraux et spécialisés. Cette installation dispose, au 31 mars 2012, de 45 lits de courte durée au permis.

  La répartition des lits de courte durée est la suivante :

  - Médecine incluant gériatrie de courte durée 28 lits
  - Soins intensifs 4 lits
  - Chirurgie 8 lits
  - Obstétrique 3 lits
  - Pédiatrie 2 lits

  À ces lits s'ajoutent sept lits d'observation à l'urgence de même que trois berceaux en pouponnière.

- Le *Centre d'hébergement de Matane* est un établissement d'hébergement et de soins de longue durée, d'une capacité de 106 lits dont deux de ces lits permettent à l'organisation d'offrir des services d'hébergement temporaire ou de répit-dépannage.

  Également, cette installation compte sur les ressources suivantes, affiliées par entente contractuelle, en collaboration avec des partenaires du milieu, permettant d'assurer aux personnes en perte d'autonomie de notre MRC un milieu de vie adapté à leurs besoins lorsqu'elles ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel :

  - Six ressources intermédiaires 62 places
  - Trois ressources de type familial 25 places

- Le *CLSC de Matane* est un établissement public existant en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a pour mission d'offrir en première ligne à

la population de la MRC de Matane des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, le CLSC s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Le CLSC de Matane dispense des services à son principal lieu, à l'édifice Bon-Pasteur situé au 349 de l'avenue Saint-Jérôme à Matane. Il accorde toutefois une importance particulière au déploiement de ses activités aux extrémités du territoire à desservir par l'exploitation des points de services dans les localités de Les Méchins et de Baie-des-Sables.

Le *Centre de santé et de services sociaux de Matane* dessert une population de quelque 22 087 habitants.

Consultation auprès de la population

Le **Centre de santé et de services sociaux de Matane** a utilisé les différents moyens d'information et de consultation auprès de la population suivants :

- Site internet du CSSS de Matane (www.csssmatane.com);
- Publicité dans les journaux locaux;
- Information radiophonique.

Quant à la satisfaction des résultats obtenus de ces moyens d'information et de consultation auprès de la population, vous trouverez ci-dessous les résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle :

Sondage sur la satisfaction de la clientèle

- Relation avec le client 88,46 %;
- Prestation professionnelle 85,80 %;
- Organisation des services 83,72 %.

Chapitre 2

Rapport des activités 2011-2012

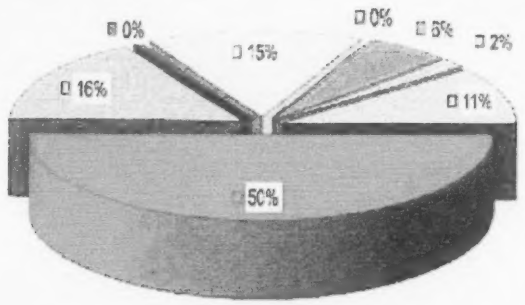
Bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Mandat général

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services s'assure du respect des droits et des obligations des usagers envers le conseil d'administration de qui il relève.

Pour cette année, le conseil d'administration n'a pas donné de mandat spécifique au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Sommaire temporel des activités (1er avril 2011 au 31 mars 2012)



- (50 %) Processus général d'examen des plaintes
- (16 %) Pouvoir d'intervention du CLPQS (Mandat d'initiative)
- (0%) Soutien au protecteur du citoyen
- (15 %) Soutien (Réunions, Agence, Formations, Informatique etc).
- (0 %) Déplacements
- (6 %) Assistance auprès des usagers (Devoir d'assistance)
- (2 %) Consultation auprès des employés(es) (Le devoir d'informer)
- (11 %) Promotion du commissaire auprès ces usagers

Statistiques et faits saillants de l'année

Total de dossiers reçus en cours d'année

Assistance	Consultation	Intervention	Plainte	Plainte médicale	Protecteur du citoyen	Total
25	10	9	24	8	0	76

Assistance :

Demande d'aide et d'assistance formulée par un usager ou son représentant. Il peut s'agir également d'une aide concernant un soin ou un service. La demande vise généralement à obtenir, du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, l'accès à un soin ou à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel d'une instance.

Avant l'exercice	Reçue	Traitée durant l'exercice	Non traitée à la fin de l'exercice
1	25	26	0

Consultation :

Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes et les droits et des obligations des usagers ou l'amélioration de la qualité des services.

Avant l'exercice	Reçues	Conclues durant l'exercice	Non traitées à la fin de l'exercice
0	10	10	0

Intervention :

Action effectuée par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, s'il y a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé dans ses droits ou peut vraisemblablement l'être par l'acte ou l'omission d'une instance visée à la loi. Il s'agit également d'un signalement exprimé sur la qualité des services par un non-usager (toute tierce personne). Action effectuée en collaboration avec le protecteur du citoyen et toute autre action effectuée visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

Avant l'exercice	Reçue	Conclues durant l'exercice	Non conclues à la fin de l'exercice
9	9	10	8

Plainte :

Insatisfaction exprimée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

Avant l'exercice	Reçue	Conclues durant l'exercice	Non conclues à la fin de l'exercice
5	24	27	2

Protecteur du Citoyen

Tout dossier en collaboration avec le protecteur du citoyen.

Avant l'exercice	Reçue	Conclues durant l'exercice	Non traitées à la fin de l'exercice
0	0	0	0

Plainte médicale

Tout dossier relevant de la compétence du médecin examinateur.

Avant l'exercice	Reçue	Conclues durant l'exercice	Non traitée à la fin de l'exercice
10	8	13	5

Nombre de plaintes abandonnées par l'usager : 0
Nombre de plaintes cessés: 1
Nombre de plainte refusées : 1

Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire : 2

Autres activités

Formation donnée par Maître Stéphanie Lelievre du Cabinet Morency Société d'avocats sur le « Pouvoir d'intervention quand intervenir? » et « Indépendance du Processus de plainte et protections accordées ».
Principalement partie promotionnelle

- Participer avec le comité de lecture à la révision du code d'éthique de l'établissement;
- Participer avec le comité provisoire à la constitution du comité éthique clinique de l'établissement;
- Montage et présentation d'une petite formation sur la délibération éthique;
- Rencontre avec le personnel du CHSLD des équipes de la coordonnatrice;
- Production et conception du site Web (contenu) de la partie du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en collaboration avec le conseiller en communication;
- Finaliser le montage de tous les présentoirs distribués dans toutes les installations de l'établissement.

Le principal objectif du régime de traitement des plaintes et des interventions, est d'améliorer les services. En effet, les plaintes servent notamment d'indicateurs permettant de revoir les pratiques et les politiques afin d'améliorer la qualité des services offerts à sa clientèle. Le commissaire peut à la suite d'un examen d'une plainte, produire des recommandations auprès de l'établissement. Découlant des plaintes traitées et des interventions effectuées, certaines mesures ont été identifiées par le CLPQS afin d'améliorer la qualité des services et la satisfaction des usagers et des proches :

- Installer des panneaux insonorisés à chaque poste central des unités du quatrième et du cinquième étage afin d'améliorer la confidentialité et de réduire le niveau sonore de ces espaces.
- Que l'établissement oblige le port du badge d'identification à tous les employés de l'établissement incluant le personnel non soignant.

Toutes les recommandations et la procédure d'examen des plaintes, sont disponibles gratuitement et accessibles au siège social, du bureau de la Direction générale du CSSS de Matane et sur le site internet de l'établissement au www.csssmatane.com.

Toute plainte ou signalement peut être destiné à M. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, soit par courrier : 333, rue Thibault, Matane (Québec) G4W 2W5, (siège social) ou à son bureau 150, avenue Saint-Jérôme, Matane (Québec) G4W 3A2 ou par courriel : jacques.deschenes.csssmatane@ssss.gouv.qc.ca ou par téléphone : 418-562-3135, poste : 3010.

Fondation de l'hôpital de Matane

Au cours de l'année 2011-2012, la Fondation de l'hôpital de Matane a remis **des dons au montant de 154 272 $** pour le CSSS de Matane :

- Des équipements spécialisés en réadaptation;
- Un incubateur de transport sur civière;
- En collaboration avec la famille de M. Jacques Thibault, le réaménagement de la chambre 4118;
- La promotion de la Semaine de la santé mentale;
- Un analyseur d'urine pour le laboratoire;
- Un vidéo laryngoscope pour les soins intensifs et l'urgence;
- Un bladder scan pour le CHSLD;
- La promotion de la semaine de la nutrition;
- L'achat d'un téléviseur au CHSLD par un don spécifique;
- L'achat de matériel en oncologie par un don spécifique;
- Un don au programme SIV (suivi intensif variable) au CLSC;
- La réalisation d'un calendrier 2012 en collaboration avec le CLSC;
- Des pompes volumétriques pour les soins intensifs et l'urgence;
- L'amélioration de l'équipement de la qualité de vie au CHSLD;
- L'aménagement d'une salle familiale au CLSC en collaboration avec Opération Enfant Soleil;
- L'achat d'un Néopuff en collaboration avec la journée spéciale du Grand McDon.

La Fondation est fière de ses réalisations et de son partenariat avec le CSSS de Matane. Investissons dans notre santé par un don à la Fondation!

Liste des membres

Frank McMullen	Président
Yves Larouche	Vice-président
Gilles Sioui	Trésorier
Clémence Caillouette	Secrétaire
Dominic Bouffard	Administrateur
Yves Lavoie	Administrateur
Dre Renée Gagnon	Administratrice
Jean-Charles Caron	Administrateur
Marie-Claude Verreault	Administratrice
Nicole Morin	Directrice générale du CSSS de Matane
Marie-Josée Lapointe	Directrice générale de la Fondation

Activités des programmes clientèles et des directions

Direction des soins infirmiers

En 2011-2012, la Direction des soins infirmiers a poursuivi ses mandats d'amélioration, d'évaluation et de surveillance de la qualité des soins infirmiers pour l'ensemble des secteurs de pratique, de concert avec les directions concernées et selon les priorités établies.

La Direction des soins infirmiers maintient une collaboration constante avec le conseil des infirmières et infirmiers et le comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Dans le cadre du processus d'accréditation avec Agrément Canada, la Direction des soins infirmiers a été grandement sollicitée pour différentes pratiques organisationnelles requises et normes, et elle a su démontrer un engagement et une détermination par son implication, et ce, dans un souci d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et des services.
- Maintien et amélioration continue de la prestation des soins et des services de santé dans les secteurs d'activité relevant de la Direction des soins infirmiers, soit, aux soins infirmiers courants (Matane), des maladies chroniques et en médecine de jour (incluant l'oncologie).
- Intégration de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au GMF de la clinique médicale de Matane et de la clinique médicale St-Rédempteur depuis octobre 2011.
- Participation à l'élaboration d'un projet de guichet d'accès qui assurera des fonctions communes à l'ensemble des services, en fonction des critères d'accès spécifiques. Ces fonctions seraient les suivantes :
  - Accueil des demandes pour le CSSS;
  - Évaluation des demandes pour le CSSS;
  - Orientation vers le bon service;
  - Référence au bon intervenant.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Collaboration à la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers avec la Direction des ressources humaines et développement organisationnel.
- Activités d'attraction accomplies auprès des étudiants en soins infirmiers du Cégep de Matane e du CFP de Matane tels que :
  - Participation à la journée porte ouverte du Cégep de Matane en septembre 2011 et le CFP de Matane en mars 2012;
  - Planification d'une activité avec l'ensemble des étudiants en soins infirmiers en décembre 2011 pour présenter le programme d'externat bonifié et de mentorat;
  - Engagement des étudiants en soins infirmiers de première année dès février 2012 à titre de PAB;
- Participation au développement de stratégies pour l'attraction et la rétention du personnel :
  - Conciliation travail-études pour les infirmières;

- Concrétisation d'une démarche avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) pour que les cours du baccalauréat en sciences infirmières soient donnés localement : obtention d'un programme de formation à temps partiel dès l'automne 2012;
- Poursuite des démarches avec l'UQAR pour l'obtention du programme de formation DEC-BAC ou de perfectionnement à temps complet dans la MRC de Matane.

- Participation à l'évaluation et au suivi infirmiers(ères) et infirmiers(ères) auxiliaires avec les gestionnaires.
- Programme de soutien clinique comme l'externat, le mentorat et le préceptorat.
- Planification de formation afin de permettre le maintien, l'actualisation ou le développement des compétences du personnel infirmier et ainsi répondre à la norme professionnelle de formation continue.
- Description des rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins.
- Dans le contexte de la pénurie des infirmières dans certains secteurs, sensibilisation à l'importance de revoir l'organisation du travail pour optimiser nos ressources tout en s'assurant d'offrir les soins et les services sécuritaires et de qualité à la population.
- Efforts pour créer et maintenir un environnement de travail sain et harmonieux qui favorise l'engagement et l'épanouissement personnel autant que professionnel dans les équipes rattachées à la Direction des soins infirmiers.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Partenariat avec les maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire pour la définition et la réalisation des offres de stages.
- Comité de coordination de stages actif avec les maisons d'enseignement secondaire (CFP, APE) et collégial (cégep).
- Représentativité du CECII au sein de la Commission infirmière régionale (CIR) ainsi que la présence d'une infirmière comme membre observateur.
- Participation à la table régionale des directrices des soins infirmiers du Bas-Saint-Laurent.
- Participation au comité de coordination du GMF.
- Collaboration avec l'équipe régionale interdisciplinaire du programme de lutte contre le cancer.
- Création d'un comité de gestion en soins infirmiers qui se compose de tous les gestionnaires en soins infirmiers afin que ceux-ci soient des collaborateurs dans l'accomplissement des mandats d'amélioration, d'évaluation et de surveillance de la qualité des soins infirmiers.

Des équipes qui relèvent des défis

- Équipe complète à la Direction des soins infirmiers incluant la directrice et les 3 conseillers dont 2 en soins infirmiers et une infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections ainsi que d'une secrétaire administrative.
- Plan d'action à la suite de visite de l'inspection professionnelle de l'OIIQ complété en janvier 2012, en attente des résultats.
- Actualisation du plan d'action à la suite de la visite de l'ASSS pour le programme de lutte contre le cancer, et ce, en prévision d'une redésignation comme équipe interdisciplinaire locale de lutte contre le cancer.
- Consolidation du projet des maladies chroniques.
- Planification et mise en place d'activités auprès de l'ensemble des infirmières pour les soins et les services de première ligne et de ceux en centre d'hébergement, et ce, dans un souci d'amélioration continu de la qualité des soins.

Prévention et contrôle des infections

La prévention des infections nosocomiales est un dossier prioritaire à la Direction des soins infirmiers. Ce dossier est exigeant et étroitement lié à la gestion des risques et de la qualité.

Un plan d'action qui découle de notre programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales nous a permis de cibler les activités prioritaires en lien avec les éléments suivants :

- ✓ la surveillance;
- ✓ les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- ✓ l'éducation et la formation;
- ✓ la communication et l'information;
- ✓ la gestion des éclosions.

La surveillance des infections nosocomiales est une activité qui a fait partie du quotidien. Voici donc quelques données qui permettent un bilan comparatif des principales surveillances avec les années antérieures.

Surveillance des infections nosocomiales comparatives

Infections	2011-2012 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale	2010-2011 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	12	3	12	1
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	0	0	0	0
Clostridium difficile (C.difficile)	18	5	15	4
Bactériémies à Staphylococcus Aureus	1	0	0	0
Bactériémies	44	0	43	1
Grippe saisonnière (influenza)	26	5	135	3
Gastro-entérite (éclosion)	1 éclosion (CHSLD)	10 résidents 7 employés	1 éclosion (4e étage)	10 usagers 11 employés

Un rapport annuel du comité de prévention et contrôle des infections dresse un bilan plus exhaustif des faits saillants survenus en 2011-2012.

Dans le cadre du processus d'accréditation avec Agrément Canada, la prévention et contrôle des infections ont été interpellés pour différentes pratiques organisationnelles et normes. Un taux de conformité de 97 % a été atteint pour la prévention et contrôle des infections.

Services ambulatoires

Les services ambulatoires comprennent trois secteurs :

- ✓ la médecine de jour incluant l'oncologie;
- ✓ les maladies chroniques;
- ✓ les soins infirmiers courants (secteur CLSC de Matane).

Médecine de jour incluant l'oncologie

La médecine de jour et l'oncologie ont été très actifs en 2011-2012. Des heures d'appoint ont dû régulièrement être ajoutées aux deux infirmières en poste pour répondre à la demande.

Voici différentes données statistiques démontrant le niveau d'activité par année financière.

Nombre d'usagers requérant différents suivis en oncologie par l'infirmière pivot		
2011-2012	2010-2011	2009-2010
245	216	243

Le nombre de rencontres et de suivis téléphoniques accordés à la clientèle ont été très élevés : 2 268 dont 1 284 suivis téléphoniques et 1 632 visites pour l'année 2011-2012.

Nombre d'usagers requérant des traitements en oncologie		
2011-2012	2010-2011	2009-2010
228	138	155

Nombre d'usagers requérant des soins en médecine de jour incluant l'oncologie		
2011-2012	2010-2011	2009-2010
474	498	487

Nombre d'interventions en médecine de jour incluant l'oncologie		
2011-2012	2010-2011	2009-2010
3 371	3 310	3 285

Secteur des maladies chroniques

Les services de première ligne en maladies chroniques dans notre MRC sont un dossier prioritaire.

L'infirmière clinicienne, en collaboration avec les autres professionnels tels que la nutritionniste, la kinésiologue et l'inhalothérapeute ont poursuivi leurs interventions auprès de la clientèle comme en témoigne le tableau suivant :

Nombre de nouveaux cas référés en maladies chroniques		
	2011-2012	2010-2011
✓ Maladies cardio-vasculaires (MCV) stables et instables	137	32
✓ Diabète	247	202
✓ Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	61	17
✓ Asthme	56	63
✓ Rhumatologie	102	70
✓ Syndrome métabolique	44	–
✓ Centre d'abandon du tabagisme	12	15

Nombre total des interventions faites par l'équipe dédiée en maladies chroniques : infirmières cliniciennes, nutritionnistes, kinésiologue, inhalothérapeutes	
	2011-2012
✓ Maladies cardio-vasculaires (MCV) stables et instables	**848**
✓ Diabète	**4 392**
✓ Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	**575**
✓ Asthme	**98**
✓ Rhumatologie	**1 445**
✓ Syndrome métabolique	**131**
✓ Centre d'abandon du tabagisme	**35**

Soins infirmiers courants (secteur CLSC de Matane)

Les interventions en soins infirmiers dispensées dans le secteur des soins courants ont subi une diminution de 441 demandes de services en 2011-2012.

2011-2012	2010-2011	2009-2010
5 270	5 711	5 355

Direction de la santé physique

La Direction de la santé physique est une direction regroupant une clientèle intra-hospitalière, ambulatoire ou hospitalisée. Pour accomplir sa mission, une directrice et deux coordonnateurs assurent la gestion en regard de l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services à notre clientèle.

Il y a le secteur urgence-soins intensifs, bloc opératoire-stérilisation et cliniques externes spécialisées, le secteur unité de médecine-pédiatrie, de chirurgie et mère-enfant.

Dans un contexte de vulnérabilité et de pénurie de main-d'œuvre, un défi quotidien est présent pour le personnel et pour les gestionnaires afin d'assurer des soins et des services de qualité et sécuritaire à dispenser. D'autres défis sont amorcés et se poursuivent, d'autres se développeront, et ce, dans une perspective d'accessibilité et de continuité ainsi que d'amélioration continue de la qualité.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

Urgence-Soins intensifs

- Suivi étroit des cibles ministérielles;
- Recours à la main-d'œuvre indépendante pour contrer la pénurie;
- Mise en place d'un projet d'horaire de 12 heures pour les infirmières, ceci facilite une meilleure conciliation travail-famille;
- Implantation à l'urgence de l'outil de repérage pour identifier les personnes âgées à risque de perte d'autonomie;
- Activités de formation de l'organisation du travail reliées à l'approche adaptée pour les personnes âgées en milieu hospitalier (OPTIMAH);
- Implantation d'un comité interdisciplinaire en santé mentale;
- Développement d'un poste d'agente administrative à l'urgence;
- Intégration de nouveaux titres d'emploi.

Années	2011-2012	2010-2011
Séjour moyen sur civière (heures)	9,6	9,2
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus (heures)	13,1	12,6
% séjour de 48 heures et plus	0,9	1,5
% séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,9	3,6
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (heures)	7,0	7,8
% séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour problème de santé mentale	0,4	0,7
Nombre d'usagers sur civière de plus de 48 heures	47	69

Cliniques externes spécialisées

- 20 985 visites : chirurgie – orthopédie – cryothérapie – oto-rhino-laryngologie – test allergie – ophtalmologie – pneumologie – médecine interne – rhumatologie – gynécologie, soit une augmentation de 2 978 consultations en comparaison à 2010-2011.

Unité de médecine-pédiatrie

- Implantation d'un poste de brancardier et d'un poste de préposé aux bénéficiaires;
- Activités sur l'organisation du travail en intégrant l'approche adaptée pour les personnes âgées en milieu hospitalier (OPTIMAH).

Unité mère-enfant

- Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) : réalisation du module 1 : « Apprendre ensemble »;
- Début du module 2 : « Travailler ensemble »;
- Poursuite des travaux pour la certification « Ami des bébés »

Années	2011-2012	2010-2011
Nombre de naissances	225	228
Haute-Gaspésie	51	62
Taux d'allaitement	60 %	62,69 %

Unité de chirurgie

- Révision partielle du suivi systématique PTG-PTH (prothèse totale du genou, prothèse totale de la hanche).

Bloc opératoire - Stérilisation

- Suivi étroit des cibles ministérielles concernant les mécanismes d'accès aux services spécialisés, les listes d'attente...;
- Élaboration des modes de fonctionnement en stérilisation.

Années	2011-2012	2010-2011
Chirurgie d'un jour	1261	534
Chirurgie avec hospitalisation	447	381
Prothèse totale de la hanche	25	17
Prothèse totale du genou	36	30
Endoscopie digestive (chirurgie d'un jour)	733	699
Endoscopie digestive (externe)	506	440

De plus, la direction a travaillé sur :

- Suivi étroit du dossier de surveillance particulière;
- Description de fonctions des coordonnateurs, des assistantes, des agentes administratives;
- Élaboration de différentes politiques :
  - Communication d'information aux autorités policières à l'égard d'une personne blessée par projectile d'arme à feu;
  - Surveillance particulière.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Formation concernant le rôle des assistantes du supérieur immédiat;
- Formation sur le code orange; arrivée massive de blessés à l'urgence;
- Formation en traumatologie.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Opération Enfant-soleil;
- Fondation de l'hôpital;
- Grand McDon;
- Maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire;
- Marraines d'allaitement dans le dossier « Ami des bébés »;
- Démarche d'agrément;
- Plan des mesures d'urgence : code orange.

Des équipes qui relèvent des défis

- Dépôt d'un projet d'optimisation sur l'organisation intra-hospitalière des soins et des services aux personnes âgées;
- Dépôt d'un projet d'optimisation « Guichet d'accès »;
- Dépôt d'un projet en regard d'un programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres infirmiers à l'hôpital.

Statistiques

Hôpital de Matane

Statistiques hospitalières annuelles		2011-2012 1er avril 2011 au 31 mars 2012	2010-2011 1er avril 2010 au 31 mars 2011
Nombre de jours-présence :	▪ courte durée	13 501	13 208
Nombre de visites :	▪ urgence	23 278	22 821
	▪ consultations externes	31 401	28 757
Total des interventions au bloc opératoire :	▪ usagers	1 741	1 639
Endoscopie :	▪ nombre d'examens	1 479	1 207
Médecine de jour :	▪ usagers	1 662	1 502
	▪ jours-traitements	6 358	5 211
Nombre de procédures pondérées en laboratoires		1 139 780	1 156 996
Nombre d'unités techniques provinciales en électrophysiologie		133 691	132 004
Imagerie médicale :	▪ examens	32 465	27 414
(excluant tomodensitométrie)	▪ unités techniques provinciales	485 668	491 606
Tomodensitométrie :	▪ examens	5 245	5 013
	▪ unités techniques provinciales	114 350	108 412
Nombre d'unités techniques provinciales en inhalothérapie		287 303	269 349
Nombre de jours-traitements en physiothérapie (hôpital et CHSLD)		9 069	8 662
Nombre de jours-traitements en ergothérapie (hôpital et CHSLD)		1 768	1 010
Nombre de repas en alimentation		74 188	72 608
Nombre de kilogrammes de linge lavé à la buanderie (hôpital et CHSLD)		324 141	289 537

Source : Rapport financier annuel (Formulaire AS-471)

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

L'année 2011-2012 a été marquée par différents projets visant à améliorer tant les infrastructures que les systèmes d'information. De plus, les résultats financiers sont à la hauteur des attentes, notre établissement ayant terminé l'exercice 2011-2012 avec un surplus de 929 899 $ assurant ainsi le remboursement de son déficit non autorisé.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Réalisation du plan de conservation et de fonctionnalité immobilière. Notre CSSS a inscrit en programmation budgétaire des projets totalisant 4 318 612 $, de cette somme des travaux ont été réalisés pour 2 781 516 $ visant à améliorer la sécurité et l'efficience de nos actifs immobiliers. Notons en autres :

  - Mise aux normes des hottes stériles et amélioration du niveau de sécurité dans le circuit du médicament et des opérations de la pharmacie;
  - Implantation d'une ensacheuse automatisée permettant d'approvisionner le CSSS de la Matapédia ainsi que le CSSS de la Mitis;
  - Réfection de l'étanchéité d'une toiture au 5e étage de l'hôpital;
  - Création d'une nouvelle salle de serveurs répondant aux normes de sécurité des actifs informationnels au 3e étage de l'hôpital;
  - Fin des travaux et d'implantation d'un nouveau mode de production et de distribution aux services alimentaires incluant l'ajout d'espaces de vie supplémentaires pour les résidents au centre d'hébergement.

- Réalisation du plan de conservation des équipements médicaux et non médicaux. Nous avons investi en 2011-2012 un montant de 945 670 $ afin de remplacer nos équipements en fin de vie dans le but de maintenir notre offre de services à la population :

  - Remplacement du parc de défibrillateurs;
  - Remplacement du minibus du centre de jour du CLSC;
  - Acquisition d'un simulateur pour les usagers permettant une calibration appropriée des équipements biomédicaux;
  - Module de sortie pour accueillir l'unité de mammographie mobile;
  - Acquisition de rayonnage spécialisé pour la pharmacie;
  - Acquisition d'un échographe cardiaque;
  - Acquisition d'un analyseur d'hématologie pour le laboratoire.

- De façon presque exceptionnelle, nous avons été en mesure de fermer la banque de données MED ÉCHO avant la limite des délais prescrits par le ministère.

- Modifications des procédures d'analyse et de codage du dossier de l'usager permettant l'adoption d'actes délégués à l'archiviste médicale. Cette nouvelle façon de faire diminue la tâche du médecin accoucheur relative au dossier de l'usager.

- Implantation d'une nouvelle version du registre des traumas supportant un nouveau cadre normatif plus exigeant.

- Optimisation des systèmes d'information clinique dans le but de favoriser une meilleure circulation de l'information clinique. Un second appariement de l'index usager avec le fichier de la RAMQ est prévu dès l'automne 2012. Ces démarches sont les prémices au dossier santé Québec (DSQ).

- Fin de l'implantation par l'équipe des archives et des technologies de l'information d'un système de dictée numérique favorisant un accès plus rapide aux rapports de consultations.

- Virtualisation des serveurs pour réduire le parc informatique physique de l'organisation, réduisant par le fait même la consommation énergétique de ces équipements et une uniformisation.

- Installation d'une station de télésanté en visioconférence permettant des consultations avec des spécialistes à distance.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Fin du replacement des employés touchés par la réorganisation et l'optimisation des services alimentaires.

- Réalisation de travaux d'aménagement fonctionnel visant à améliorer la sécurité des milieux de travail.

- Réalisation de travaux visant la confidentialité et la prévention des infections par l'ajout de parois protectrices au poste d'accueil de la clinique externe, de l'imagerie médicale et de l'unité de médecine de courte durée.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Participation active à un comité régional visant la mise en commun de démarches d'accompagnement des établissements en implantation de mesures d'économie d'énergie, de sélection et d'intégration d'un progiciel de GMAO, de regroupement pour l'inspection et le nettoyage de systèmes de ventilation et l'élaboration d'un éventuel bureau de projets régional.

- Participation par l'équipe des technologies de l'information et celle de l'admission/accueil à la mise en place des nouveaux systèmes d'information et support aux usagers des services cliniques et administratifs. Notons entre autres projets :

  - Remplacement du système téléphonique du point de services du CLSC de Les Méchins;

- Participation active de l'équipe à la spécification et la réalisation de la nouvelle salle de serveurs répondant aux normes de sécurité des actifs informationnels.

Des équipes qui relèvent des défis

- La fin de la transformation des services de production et de distribution alimentaire fut sans contredit un défi majeur pour tous les employés impliqués dans sa réalisation. Un comité paritaire a été mis en place dans le but de faciliter l'adaptation des pratiques et l'intégration de l'approche « milieu de vie » en CHSLD.

- Dans le secteur de l'hygiène et de la salubrité, nos équipes ont continué d'améliorer les processus de travail et une démarche d'identification des zones grises et de révision des horaires et procédures a été amorcée de façon à répondre plus adéquatement aux besoins des établissements, et ce, dans un souci d'amélioration continue de prévention et de contrôle des infections.

- Notons enfin l'implication des équipes d'entretien des installations et de génie biomédical dans les projets de maintien d'actifs et de remplacement des équipements médicaux.

Direction des programmes et des services communautaires

La Direction des programmes et services communautaires a la responsabilité d'offrir des services préventifs, curatifs et communautaires à la population de son territoire et plus particulièrement aux jeunes et à leurs familles ainsi qu'à toute personne aux prises avec des problèmes de santé mentale. De ce fait, différents services plus spécifiques s'adressant aux enfants, aux jeunes et à leur famille sont disponibles. Elle assure également la gestion des services psychosociaux généraux pour toute la communauté débutant par l'accueil, l'évaluation et l'orientation.

De ce rôle , la direction participe au sein du CSSS à favoriser la primauté de la personne au cœur de ses préoccupations et au centre de ces décisions. En lien avec cette grande mission de première ligne, plusieurs programmes ont dû être mis en place en lien aussi avec nos collaborateurs externes;

- Plan d'action en dépendances d'où :
  - Trajectoire en dépendances;
  - Protocole d'entente avec le Cégep sur l' offre de service en dépendances;
  - Entente de partenariat avec l'Estran (Centre de réadaptation en dépendances);
  - Entente de partenariat avec la Commission scolaire;

Au niveau interne :
- Formation pour l'ensemble des intervenants et implantation de la démarche;

- Plan d'accès en DI-DP-TED :
  - Portrait de la situation et déploiement d'un plan d'action conjointement avec le sad.;
  - Monitoring et suivi avec l'archiviste;
  - Trajectoire du Plan d'accès DI-DP-TED;

et, pour certains, il a fallu poursuivre les efforts de consolidation :

- Plan d'action Amis des BB :
  - Halte allaitement aux semaines;
  - Mise en place d'un comité de travail conjoint avec l'obstétrique;
  - Plan d'action déposé à la Direction générale.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

Services famille enfance-jeunesse :

- Optimisation des services de périnatalité :
  - Association nursing-hygiène dentaire : 1re visite chez le dentiste
  - Association Commission scolaire – hygiène dentaire – vaccination maternelle
  - Centralisation des listes d'attente
  - Poste périnatalité 21 h/semaine
  - Poste en orthophonie 21 heures/semaine (projet DI-DP-TED)

- Bonification des services de réadaptation par l'ajout de services d'interventions précoces aux services de stimulation déjà existants.

- Optimisation des services jeunesse :

  - Optimisation des services de la Clinique jeunesse;
  - Nouveau programme :Anna et la mer (6-12 ans);
  - Revision du poste en psychologie ;
  - Ajout de services en psycho éducation;
  - Bonification de l'offre en nursing scolaire;
  - Précisions des services spécifiques offerts en 6-21 ans;
  - Organisation et structuration des services de clinique jeunesse au Cégep.

Services adultes et santé mentale :

- Optimisation des services en santé mentale :
  - Optimisation du programme SIV et poursuite des travaux et coaching avec le Centre d'excellence national :
    - Précision sur les rôles et responsabilités ainsi que sur les modes de pratique;
    - Poursuite des travaux quant à la diffusion de la trajectoire auprès des divers praticiens et partenaires de la communauté;

- Optimisation des services généraux :
  - Bonification des services en prévention du suicide :
    - Rencontres multiples avec les divers praticiens et partenaires du milieu et précision quant à la trajectoire de services;
    - Élaboration d'une politique en prévention du suicide ainsi que de procédures adoptées en cd, (diffusion à poursuivre afin de bonifier les repérages);
  - Implication dans le cadre du dossier « Guichet d'accès » incluant l'AEOIR (à poursuivre);
  - Rencontres avec le gestionnaire et responsable médical de l 'urgence afin de dresser des liens de collaboration plus étroits et faciliter le suivi des trajectoires de service;
  - Révision de tous les processus et fonctionnement en lien avec les services psychosociaux de notre direction.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Implication des employés dans la contribution des cibles de performance à atteindre.
- Travaux avec les professionnels pour revoir l'optimisation des services d'intervention de groupe.
- Formations reçues dans le cadre des transferts vers la première ligne : soit l'ajout de formations spécifiques qui ont influencé le mode de pratique de nos intervenants dont :
  - Dépendance ;
  - Poursuite des formations-Coaching selon le cadre d'intervention du programme de suivi intensité variable ;
  - Entretien motivationnel.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Participation aux tables locales et régionales de concertation.
- Renouvellement de nos ententes non formalisées avec les partenaires (Cuisine collective, Centre Action Bénévole, etc).
- Implication dans les travaux locaux pour adapter les services pour mieux répondre aux besoins des familles en 0-5 ans (COSMOSS).
- Implication dans les travaux locaux pour adapter les services auprès de notre population par les comités COSMOSS (hypersexualisation, intimidation, saine habitude de vie...).
- Participation à la Table en violence.
- Participation active au comité local périnatalité-médicalvisant l'harmonisation des services, optimiser la communication entre les services pour le bénéfice de l'usager. Poursuite du travail visant l'obtention « Initiative Amis des Bébés » (IAB) pour de meilleures pratiques en périnatalité.
- Élaboration avec les partenaires du réseau intégré de la trajectoire de services en dépendances, dossier qui se poursuivra en 2012-2013 pour sa consolidation.

Des équipes qui relèvent des défis

- Participation à l'élaboration des travaux entourant la planification stratégique 2011-2015 de l'établissement ce qui nous a permis de dégager les objectifs pour notre Direction et ainsi se traduire dans chaque équipe de travail.
- Participation active de nos équipes dans la démarche de l'Agrément de notre établissement.

Au niveau de l'atteinte des cibles de performance , la direction s'est fixée :

- Suivi régulier des objectifs liés au processus d'agrément;
- Suivi étroit des cibles visées par les ententes de gestion (point statutaire aux rencontres de direction);
- Cible:
  - Minimum de 4 entrevues par jour travaillé
  - 75% des Plan D'intervention en jeunesse
  - 95% des Plan d'intervention en santé mentale
- Optimisation de la tenue de dossier au niveau administratif : registre de formation, registre des procès-verbaux, entente, etc.

Statistiques

Services-programmes CLSC de Matane

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services médicaux courants				
• Clinique jeunesse	404	785	336	562
• Service Planning-MTS-Sida-IVG	234	317	128	159
• Cons. médicales au CLSC et en points de services	1052	3702	944	2780

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Soins infirmiers courants (Matane & postes de services)	2780	9255	2839	9367
Soins infirmiers Planning-ITSS-Sida	676	1035	650	1049
Programme éducation et enseignement santé physique	17	65	12	35

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Nutrition	498	964	385	832

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services psychosociaux (Jeunes en difficultés)				
• Psychoéducation et psychosociaux JEF	354	1553	239	925
Services psychosociaux (AEOIR)				
• Demandes de services	1490	1972	1812	2219
• Services psychosociaux Adulte	354	1712	310	1282
Services de santé mentale 1re ligne				
• Santé mentale JEF	104	573	147	702
• Santé mentale Adulte	185	1585	237	2201
• SEPPSE risque suicidaire	42	118	27	119
• Suivi intensité variable	53	964	54	1032

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
• Services psychosociaux Périnatalité	132	716	112	702
• Soins inifrmiers - Périnatalité				
o Interv. & act.	571	2584	523	2155
o Demande de serv.	486	399 (dem.)	486	476 (dem.)
• Santé scolaire	325	752	296	695
• Services dentaires préventifs	591	789	559	853
Programme d'intervention précoce	90	763	99	852

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Prévention et protection de la santé publique				
• Vaccination 0 - 5 ans	631	1206	635	1303
• Vaccination en milieu scolaire	448	1040	390	839
Vaccination Antigrippale	3467	3510	3691	3738
Vaccination voyageur	461	614	550	748
Vaccination Adulte et travailleur	449	673	388	553

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services spécialisés				
• Ergothérapie	117	337	114	358
• Orthophonie	155	727	147	794

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
ACTIVITÉS DE GROUPE				
• Psychoéducation et psychosociaux JEF	1	13 (20 prés.)	2	4 (21 prés.)
• Périnatalité (soins inf. & psychosoc.)	28	52 (388 prés.)	13	41 (911 prés.)
• Suivi intensité variable	6	42 (679 prés.)	6	36 (448 prés.)
• Programme interv. précoce	5	18 (117 prés.)	4	12 (149 prés.)
• Santé dentaire préventif	78	82 (1194 prés.)	52	52 (611 prés.)
• Santé scolaire	23	30 (617 prés.)	19	26 (524 prés.)
• Orthophonie	21	111 (474 prés.)	24	135 (494 prés.)
• Ergothérapie	21	104 (412 prés.)	19	89 (361 prés.)
• Intervention communautaire	12	107 (216 prés.)	14	112 (156 prés.)

Direction des programmes et des services pour les personnes perte d'autonomie

Cette direction a pour mandat d'offrir aux personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente des services d'hébergement de soins de longue durée et des services de maintien dans le milieu. Ces services s'adressent à toute personne qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes dont la cause peut être physique, sociale ou psychologique et visent ainsi à assurer la qualité de vie des personnes, tout en favorisant leur maintien au sein de leur milieu de vie.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

Au cours de l'année 2011-2012, cette direction a structuré dans le cadre d'un continuum de services en réseau intégré, le processus d'accès à l'hébergement par :

- La réorganisation des lits de l'unité transitoire en réadaptation fonctionnelle dans une ressource intermédiaire ciblée;
- La réorganisation des lits de transition dans les ressources intermédiaires et en CHSLD pour les fins d'évaluation/orientation;
- La révision de l'offre de service des places en ressources intermédiaires;
- La consolidation des mécanismes de coordination inhérents au processus de décisions ;
- La mise en œuvre du plan d'actualisation des lignes directrices régionales pour l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie (RSIPA);
- L'amorce du projet d'optimisation dans le programme de soutien à domicile favorisant l'accessibilité et la continuité des services;
- La mise en œuvre du projet PAD révisé (projet d'adaptation domiciliaire pour les personnes aux prises avec un handicap physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et personnes en perte d'autonomie avec profils gériatriques);
- L'élaboration d'un programme en soins palliatifs.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Favoriser le travail d'équipe par l'amorce des travaux pour la mise en place d'un comité d'organisation des services;

- Poursuivre la réorganisation du travail en soins infirmiers dans le programme de maintien à domicile dans les secteurs de Matane, Baie-des-Sables et de Les Méchins dans un cadre d'optimisation des ressources humaines.

- Poursuivre la réorganisation des charges de cas des équipes psychosociales du programme de maintien à domicile.

- Collaborer au projet catégorie IV visant la restructuration des équipes de réadaptation dans le cadre de l'approche interdisciplinaire.

- Assurer un travail sécuritaire auprès des équipes par la promotion de la politique d'harcèlement -Tolérance 0 concernant toutes formes de violence en milieu de travail.

- Consolider le travail des équipes pendant l'activité-repas en CHSLD.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Participer au comité sur la maltraitance à Matane.

- Promouvoir l'activité « Apprendre à devenir Vieux » auprès de la communauté par des rencontres de groupes cibles.

- Collaborer avec les instances locales aux activités d'implantation d'une table de concertation intersectorielle locale visant le vieillissement en santé des communautés et l'ajustement de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Des équipes qui relèvent des défis

- Le Centre de jour du CSSS de Matane en CLSC offre différentes formes de soutien aux personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile ou en ressource institutionnelle par des activités de groupe en collaboration avec d'autres organismes communautaires soit : les Services à domicile, le Transport adapté et le Centre d'action bénévole qui travaillent à la préparation d'activités diverses dans la communauté pour les personnes en perte d'autonomie.

- Assurer la continuité du service Centre de jour à Matane provenant du secteur de Sainte-Félicité pour la clientèle du mercredi en rendant les locaux du CHSLD disponibles.

- Programme P.I.E.D. (Programme intégré d'équilibre dynamique) : Ce programme spécifique d'exercices s'inscrit dans une démarche de prévention des chutes auprès des aînés vivant à domicile.

- Programme « Coup de main 1 » et « Coup de main 2 » : deux séries d'ateliers différents pour les proches aidants.

- Programme « Fonds d'aide aux personnes handicapées » est disponible par une demande de service au programme de maintien dans le milieu en CLSC.

- Programme « Adaptation domiciliaire » en collaboration avec les partenaires municipaux, la Société d'Habitation du Québec et les professionnels attitrés du CSSS permettent aux personnes en perte d'autonomie d'avoir accès à un projet d'adaptation de leur domicile, favorisant le maintien de leur autonomie dans un cadre sécuritaire.

- Activités diverses d'accompagnement auprès de la clientèle en CHSLD par le groupe de bénévoles et les techniciennes en loisirs ex : Musico-thérapie.

Statistiques

Foyer d'Accueil de Matane (Centre d'hébergement)

Statistiques occupationnelles		2011-2012 1er avril 2011 au 31 mars 2012	2010-2011 1er avril 2010 au 31 mars 2011
Nombre de places :	▪ CHSLD	106	106
	▪ ressources intermédiaires	60	60
Jours-présence :	▪ CHSLD	38 222	38 040
Jours rétribués :	▪ ressources intermédiaires	21 103	21 449
	▪ ressources de type familial	5 707	7 904
Taux d'occupation (%) :	▪ CHSLD	99	102
	▪ ressources intermédiaires	96	98

Autres statistiques	2011-2012 1er avril 2011 au 31 mars 2012	2010-2011 1er avril 2010 au 31 mars 2011
Nombre de repas en alimentation	136 838	137 196

Source : Rapport financier annuel (Formulaire AS-471)

Statistiques

CSSS de Matane (Maintien à domicile)

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Accueil maintien à domicile Demandes de services	674	1044	680	1117
• Soins à domicile (incluant RI)	1015	11803	1099	12156
• Aide à domicile	335	9270	354	9459
• Psychosociaux à domicile (incluant RI)	548	4581	603	4430
• Ergothérapie & physiothérapie à domicile	495	2826	541	3163
• Centre de jour	122	1737	140	1950

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
ACTIVITÉS DE GROUPE				
• Ergo - Physio. à domicile	4	47 (554 prés.)	4	40 (467 prés.)
• Centre de jour	10	748 (11684 prés.)	10	703 (11148 prés.)

Direction des services professionnels, hospitaliers et multidisciplinaires

La Direction des services professionnels, hospitaliers et multidisciplinaires s'assure de la qualité dans les services professionnels à dispenser autres que les soins infirmiers. De par son rôle-conseil, elle consiste à garantir une surveillance de la qualité de l'acte de ses professionnels et de ses services (secteur médical, services diagnostiques et thérapeutiques couvrant l'ensemble des centres d'activité).

Les services diagnostiques regroupent l'imagerie médicale et les laboratoires alors que les services thérapeutiques comprennent la réadaptation physique (physiothérapie et ergothérapie), l'inhalothérapie et la pharmacie.

Enfin, cette direction assure la gestion des lits, les transferts et transports interétablissements, le recrutement médical, les corridors de services médicaux, la coordination médicale de la clientèle vulnérable orpheline, tout en étant répondante pour l'établissement dans les dossiers du Curateur public. Elle apporte également du support envers les instances cliniques du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du Conseil multidisciplinaire et du Département de médecine qui inclut particulièrement les services d'urgence, d'obstétrique, de tournée hospitalière, de gériatrie et de médecine interne.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Réorganisation des services de la réadaptation physique en réseau de services intégrés à la clientèle PPA;
- Partenariat avec l'équipe PPALV afin d'améliorer la durée moyenne de séjour (DMS), les moins de 48 h à l'urgence dans le but d'atteindre les cibles de l'entente de gestion;
- Accréditation en mammographie à la suite de l'inspection faite par l'Office professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ);
- Mise en place du programme provincial gratuit en regard du dépistage de la trisomie 21;
- Entente de radiologie avec le *CSSS de Rivière-du-Loup* afin de maintenir les corridors de services lors d'absence de radiologiste sur place;
- Accessibilité accrue à la liste de la clientèle orpheline (tous les usagers inscrits ont été rejoints et priorisés);
- Requêtes d'échographie protocolées par le radiologiste pour la priorisation des demandes (optimisation des listes d'attente);
- Examens de mammographie faient en soirée afin de diminuer la liste d'attente (selon disponibilité du personnel);
- Projet pilote en secrétariat visant à diminuer le délai de transcription en imagerie médicale;
- Remplacement d'équipement en imagerie et aux laboratoires (diminution des risques pour le personnel et des déchets biologiques).

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Évaluation du rendement du personnel *personnalisée*;
- Rencontres d'équipe;
- Externat et mentorat pour les services de réadaptation et des laboratoires;
- Implication avec la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) pour la Journée Carrière (recrutement).

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Partenariat avec le *Groupe de médecine familiale* (GMF);
- Entente de services avec la *Clinique de prélèvements Sang Délai*;
- Partenariat avec la *Coopérative de santé des gens d'ici*;
- Partenariat avec le *CSSS du Grand-Portage* (Rivière-du-Loup) pour la lecture des mammographies et en radiologie;
- Entente de produits et services avec les compagnies *Médigas* et *Biron* (polysomnographie).

Des équipes qui relèvent des défis

- Réorganisation du Service de la réadaptation physique;
- Polysomnographie;
- Implantation du *Bilan comparatif des médicaments* (BCM);
- Réorganisation physique du Département de pharmacie :
  a) rénovation complète du secteur stérile afin de se conformer aux nouvelles normes sur la préparation des médicaments antinéoplasiques;
  b) rénovation et réorganisation physique de la pharmacie afin qu'elle soit fonctionnelle en regard du circuit du médicament;
  c) implantation d'une ensacheuse automatisée qui contribuera à améliorer la sécurité dans la distribution des médicaments et permettra l'ensachage groupé en soins de longue durée (gain pour le personnel infirmier);
  d) atteinte des objectifs ministériels de diminuer la durée moyenne de séjours et de diminuer les 48 heures à l'urgence;
  e) assurer la coordination médicale de la clientèle orpheline et améliorer l'accessibilité à un médecin de famille un service de 1re ligne nécessaire;
  f) recrutement médical demeure la priorité de la Direction;
  g) collaboration étroite avec le CMDP et les départements de médecine, de chirurgie et de radiologie;
  h) assurer la coordination administrative des stages en région des étudiants, des externes et des résidents en médecine.

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

- Valorise le travail d'équipe et un climat de travail sain;
- Promouvoit des valeurs telles que la politesse et le respect envers la clientèle mais également, entre collègues de travail;
- Informe le personnel sur l'évolution des projets de réorganisation du travail (ex. : réadaptation);
- Implique les salariés dans le processus de décision au niveau de l'implantation de projets spéciaux (ex. : horaire de 12 heures).

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- S'assure que son personnel soit facilement identifiable pour la clientèle et les collègues de travail;
- Favorise le développement de ses ressources humaines autant sur le plan professionnel que personnel;
- Entrevue de départ : dans une optique d'amélioration continue.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Collabore avec les différentes maisons d'enseignement de la région;
- S'implique et participe à titre conseil aux divers projets de l'organisation;
- Entretient des relations de travail basées sur le respect avec ses partenaires syndicaux.

Des équipes qui relèvent des défis

- S'implique activement dans le recrutement de main-d'œuvre qualifiée et avec des valeurs humanistes;
- Orchestre la mise en place et l'application d'une planification de la main-d'œuvre structurée;
- Contribue au renforcement du sentiment d'appartenance de l'ensemble des employés au CSSS de Matane.

Le CSSS de Matane en chiffre :

Effectifs	2011-2012	2010-2011
Personnes à temps complet	262	248
Personnes à temps partiel	208	228
Personnes à statut temporaire	134	122
Personnel d'encadrement	25	24
Total	**629**	**622**

Pour la période du 1er avril 2011 au 31 mars 2012, la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel et ses collaborateurs ont procédé à l'embauche de 56 nouvelles ressources, incluant 4 réembauches.

Portrait général des ressources humaines 2011-2012

Personnel	2011-2012	2010-2011
Médecins	30	32
Personnel infirmier, de soins de santé et d'assistance	319	314
Infirmières	145	144
Inhalothérapeutes	5	6
Infirmières auxiliaires	52	52
Préposés aux bénéficiaires (incluant préposés composés)	106	98
Auxiliaires de santé et services sociaux	13	14
Intervenants psychosociaux	35	34
Intervenants d'autres disciplines	74	72
Personnel administratif	83	86
Personnel de soutien technique	92	92
Personnel d'encadrement	25	24
Total	**659**	**654**

Chapitre 3

Pages financières

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Matane

Les renseignements financiers ci-joint sont extraits des états financiers contenus dans le rapport financier annuel du *Centre de santé et de services sociaux de Matane* au 31 mars 2012 sur lequel nous avons exprimé une opinion avec réserves en date du 27 juin 2012.

Pour mieux comprendre la situation financière de l'établissement et les résultats de ses opérations, il convient de lire les renseignements financiers à la lumière des états financiers contenus dans le rapport financier annuel audité.

Raymond Chouinard Groupe Conseil, s.e.n.c.

Comptables professionnels agréés

Matane
Le 27 juin 2012

État des résultats - Fonds d'exploitation
Exercice terminé le 31 mars 2012

ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES	2011-2012
REVENUS	**($)**
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et ministère de la Santé et des Services sociaux	43 781 313
Contributions des usagers	2 505 424
Ventes de services et recouvrements	328 699
Revenus de placement	16 796
Revenus de type commercial	45 858
Autres revenus	368 067
Total	**47 046 157**
CHARGES	
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	32 592 701
Médicaments	1 763 001
Produits sanguins	415 447
Fournitures médicales et chirurgicales	1 215 718
Denrées alimentaires	533 666
Créances douteuses	5 776
Rétributions versées aux RNI	2 083 566
Entretien et réparations	691 667
Autres	6 566 179
Total	**45 867 721**
SURPLUS DE L'EXERCICE	**1 178 436**

Charges brutes par secteurs d'activités
Activités principales
Exercice terminé le 31 mars 2012

	2011-2012 ($)
Soutien à domicile santé physique et personnes âgées en perte d'autonomie	3 016 270
Santé publique	179 827
Santé physique	12 347 835
Santé mentale	585 914
Personnes âgées en perte d'autonomie	7 241 884
Programme Enfance - Jeunesse - Famille	412 724
Programme déficience intellectuelle	15 052
Urgence, pharmacie, services diagnostiques et thérapeutiques et autres	7 637 980
Administration et soutien aux services	7 874 761
Gestion des bâtiments et équipements	3 831 502
Sécurité et stabilité d'emploi	16 966
Activités cliniques et d'aide	1 192 088
Déficience physique	24 202
Charges non réparties	**1 291 619**
Total des charges	**45 668 624**

Fonds d'exploitation
État de la situation financière au 31 mars 2012

	2012	2011
Actifs financiers		
Encaisse	669 785	1 408 002
Débiteurs, Agence, MSSS et autres débiteurs	3 514 689	3 097 347
Créances interfonds	1 726 777	728 410
Subvention à recevoir – réforme comptable	3 357 016	3 357 016
Congés à traitement différé	4 076	28 148
Total des actifs financiers	**9 272 343**	**8 618 923**
Passifs		
Créditeurs et frais courus	8 204 133	8 230 250
Revenus reportés	1 641 691	1 697 202
Congés à traitement différé	55 743	127 632
Total des passifs	**9 901 567**	**10 055 084**
Dette nette	**(629 224)**	**(143 161)**
Actifs non financiers		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance et total des actifs non financiers	**1 153 067**	**1 030 105**
Surplus (déficits) cumulés	**523 843**	**(406 056)**

Chapitre 4

Conseil d'administration et ses comités

Il nous fait plaisir de vous présenter les administrateurs qui siègent au sein des différents collèges électoraux, depuis les élections de l'automne 2011. Le nouveau conseil d'administration a amorcé son mandat le 1er février 2012, et ce, pour une durée de quatre ans.

Collèges électoraux et de désignation

Population :	Michel CÔTÉ Ginette DORÉ
Comité des usagers :	Louiselle RICHARD Micheline VERREAULT
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) :	Renée GAGNON
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) :	Marie-Claude VERREAULT
Conseil multidisciplinaire (CM) :	Laurent VACHON
Personnel non clinique :	Diane LÉTOURNEAU
Fondation :	Jean-Charles CARON
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :	Lucie LAPOINTE Line ROSS
Cooptation :	Olivier BANVILLE Jean-François CARON Chantal LEBLANC Jean NAZAIR Louis PELLETIER Jacinthe SAVARD
Directrice générale et secrétaire :	Nicole MORIN

Le comité de gouvernance et d'éthique

Président :	Louis PELLETIER, président
Membres :	Olivier BANVILLE
	Lucie LAPOINTE

Le comité de vigilance et de la qualité

Président :	Louis PELLETIER
Membres :	Jacques DESCHÊNES, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
	Nicole MORIN, directrice générale
	Jean NAZAIR
	Jacinthe SAVARD
	Micheline VERREAULT

Le comité de vérification

Président :	Jean-Charles CARON
Membres :	Jean-François CARON
	Michel CÔTÉ
	Louis PELLETIER

Le comité administratif

Président :	Louis PELLETIER
Membres :	Chantal LEBLANC
	Line ROSS
	Nicole MORIN

Le comité de révision des plaintes

Président :	Chantal LEBLANC, vice-présidente
Membres :	Marie-Ève BERGERON, M. D.
	Renée GAGNON, M. D.

Le comité d'évaluation du directeur général

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Line ROSS
Administrateur :	Jean-Charles CARON

Le comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Jean-Charles CARON
Administrateur :	Jacinthe SAVARD

Les gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de Matane

Le symbole (♦) après le nom du gestionnaire vous informe qu'il fait partie du comité de direction.

Directrice générale	Nicole MORIN
Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles♦	Pierre DUCASSE
Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel♦	Luc GUILBEAULT
Directrice des services professionnels, hospitaliers et multidisciplinaires♦	Annie LAVOIE, M. D.
Directrice des Programmes et des Services communautaires♦	Maryse HARRISON
Directrice des Programmes et des Services pour les personnes en perte d'autonomie♦	Anne SAUMURE
Directrice des soins infirmiers♦	Danielle SAVARD
Directrice de la santé physique♦	Esther OTIS
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Jacques DESCHÊNES

COORDONNATEURS ADMINISTRATIFS

Conseiller en gestion des ressources humaines	Wayne GRANT
Services financiers	Julie DUMOUCHEL-DESCHÊNES
Services techniques	François DUBÉ
Nutrition clinique, alimentation, hygiène et salubrité	Christian OUELLET
Services aux clientèles hospitalisées	Jocelyne RIOUX
Services ambulatoires	Louise GAGNÉ
Maintien dans le milieu	Nathalie BÉRUBÉ
Services d'hébergement	Julie LANDRY-GAGNON (départ en décembre 2011)
Adjointe à la Direction des services professionnels, hospitaliers et multidisciplinaires♦	Lise ROSS
Adjoint clinico-administratif	Normand DUMAIS
Services diagnostiques	Clémence CAILLOUETTE
Réception, Archives médicales, Données cliniques	Andrée OUELLET
Chef des programmes et des services communautaires	Julie SUTTON

Chapitre 5

Rapport des conseils et des comités

Conseil des infirmiers et infirmières – CII

1. **Composition :**
   Les membres du CECII se sont réunis à six reprises pour des rencontres ordinaires et à trois reprises pour des rencontres extraordinaires, les 5 avril 2011, 9 mai 2011, 14 juin 2011, 28 septembre 2011, 5 octobre 2011, 18 octobre 2011, 23 novembre 2011, 2 février 2012 et 15 mars 2012.

   À compter d'avril 2011, les membres du CECII sont : Katia Tremblay, présidente, Frédéric Paquet, vice-président, Isabelle Ouellet, secrétaire, Julie Desjardins, déléguée aux communications, Annick Gagné (en congé maternité), conseillère CHSLD remplacée par Line Bernier du CLSC, Nancy Larue, conseillère CLSC, Marthe Fournier, présidente du CECIIA et Nathalie Jomphe, déléguée CECIIA.

   En septembre 2011, après l'élection de trois infirmières : Katia Tremblay, Annick Gagné et Isabelle Ouellet, et à la suite de la démission de Julie Desjardins, le CECII, à partir d'octobre 2011 est composé de :

   Katia Tremblay, présidente (CHSLD)
   Frédéric Paquet, vice-président (hôpital)
   Josée Dubé, secrétaire (hôpital)
   Julie-Anne Desjardins, déléguée aux communications (hôpital)
   Annick Gagné, conseillère (CHSLD)
   Esthel Poulin, conseillère (CLSC) en remplacement de Nancy Larue (depuis janvier 2012 occupe un poste de conseillère clinique)
   Marthe Fournier, présidente CECIIA
   Nathalie Jomphe, déléguée CECIIA

   La directrice des soins infirmiers, M^me^ Danielle Savard et la directrice générale, M^me^ Nicole Morin font également partie du comité.

   Les deux conseillers cliniques en soins infirmiers, M^me^ Nancy Larue et M. Claude Dufresne sont invités à chaque réunion depuis leur nomination.

2. **Mandat :**
   Apprécier de manière générale, la qualité des actes infirmiers au CSSS de Matane.

   Cette année, les objectifs visés par notre plan d'action-CII 2011-2012 sont :

   1. Réactualiser les mandats en lien avec la qualité de l'acte infirmier;

2. Poursuivre le plan d'action OIIQ;
3. Revoir les activités réservées à chaque catégorie d'emploi; (en juin sera accessible aux unités de soins)
4. Augmenter la visibilité du CECII.

3. **Bilan des activités :**

3.1 Lettre datée d'avril 2011, envoyée à M^me^ Anne Saumure (DPPA) et Julie Gagnon (coordonnatrice à l'hébergement) portant sur nos inquiétudes face à la qualité des soins à dispenser au CHSLD.

3.2 Résultat de la rencontre avec M^me^ Anne Saumure (en mai 2011) : Formation d'un comité de travail pour discuter des problématiques au CHSLD en lien à la liaison froide et à l'organisation du travail. Depuis juin 2011, il y a l'ajout de ressources (PAB) au 1^er^ et au 2^e^ étage.

3.3 Nomination d'un 2^e^ poste de conseiller clinique en soins infirmiers (en mai 2011) : M^me^ Nancy Larue (mandat CLSC et CHSLD) en plus de M. Claude Dufresne (mandat hôpital) depuis mars 2011.

3.4 Formation déployée depuis juin 2011 aux infirmières et infirmières auxiliaires concernant le programme de prévention des chutes en lien direct avec le plan d'amélioration de l'OIIQ, dispensée par M^me^ Nancy Larue, conseillère clinique.

3.5 Participation à un document pour la clarification des rôles et responsabilités de chacun des membres de l'équipe de soins (soit 14 activités réservées à l'infirmière et à l'ASI et 9 activités réservées à l'infirmière auxiliaire et PAB).

3.6 Présentation du plan de contingence au CECII par M^me^ Danielle Savard.

3.7 Présentation du nouveau code d'éthique.

3.8 Clarification apportée sur la contribution de l'infirmière auxiliaire en regard de la thérapie intraveineuse et de la dialyse péritonéale, après consultation d'un document produit de concert par l'OIIQ et l'OIIAQ. (À partir de 14 ans, l'infirmière auxiliaire peut installer un cathéter IV court de moins de 7.5 cm...).

3.9 M^me^ Marie-Claude Verreault est nommée par le conseil des infirmières et infirmiers (CII) pour siéger au conseil d'administration.

3.10 Adoption du protocole de soins infirmiers : Évaluation initiale et suivi infirmier à la suite d'une chute.

3.11 Adoption d'une procédure à suivre lorsque le CECII se positionne sur un sujet particulier.

3.12 Recommandation faite sur l'importance d'utiliser des barillets disposables pour répondre aux normes exigées par la prévention et le contrôle des infections.

3.13 Tube nasogastrique et actes délégués aux infirmières auxiliaires :

-Irrigation du TNG permise (septembre 2011);
-Administration des médicaments permise (septembre 2011);
-Mise en place du TNG autorisée après deux supervisions obligatoires par l'ASI ou la conseillère clinique (février 2012).

3.14 Présentation de M^me^ Danielle Savard de la norme professionnelle de formation continue qui prescrit 20 heures de formation continue par année dont 7 heures de formation accréditée.

3.15 Questionnaire portant sur l'intérêt des infirmières du CSSS face à la formation universitaire (28 réponses positives pour Matane et 9 d'Amqui).

3.16 Révision du règlement sur la *Régie interne du CII* et adopté à l'AGA de novembre 2011.

3.17 Assemblée générale annuelle tenue le 3 novembre 2011, au Coin d'Italie de 17 h à 19 h, sous le thème : Ensemble, vers une pratique améliorée! Il y a présentation de la nouvelle IPS, Mélanie Durette qui a débuté ses fonctions en octobre 2011 et aussi des infirmières nouvellement embauchées au CSSS de Matane.

3.18 Élaboration du plan d'action CECII.

3.19 Protocoles Info-Santé accessibles pour les infirmières du CSSS à la suite d'une formation reçue de 3 heures.

3.20 En suivi au plan d'action à la suite de la visite de l'inspection professionnelle de septembre 2010, il y a une première séance d'audits de dossiers pour évaluer l'application du programme de prévention et d'intervention des chutes par les infirmières du CSSS en octobre 2011. M^mes^ Nancy Larue et Katia Tremblay procèdent à ces évaluations dans les trois installations. En janvier 2012, elles font une 2^e^ séance d'audits de dossiers qui ont été acheminés à l'OIIQ. Nous attendons les résultats.

3.21 Production et diffusion d'un *Flash Qualité* portant sur quelques mises au point reliées au programme de prévention des chutes et d'intervention lors d'une chute à la suite d'audits de dossiers.

3.22 Formation dispensée en janvier 2012 par M^me^ Micheline Poirier à toutes les ASI du CSSS de Matane, sur le rôle de l'assistante du supérieur immédiat. Formation très appréciée. Quelques gestionnaires y ont assisté également.

3.23 Cinq ordonnances collectives approuvées par le CECII :
-Hypoglycémie;
-Toucher vaginal;
-Initier le dosage de bilirubinémie par bilirubinomètre transcutané;
-Initier la contraception hormonale;
-Initier une culture de plaie par écouvillonnage.

3.24 Consultation et avis donnés sur la politique administrative concernant la tenue vestimentaire et présentation personnelle (mars 2012).

3.25 Cartable distribué à chaque membre du CECII, regroupant le règlement, le plan d'action, les procès-verbaux des rencontres du comité, l'AGA, le rapport annuel, les activités réservées, le code de déontologie et la documentation. Le membre sortant remettra le cartable au nouveau membre.

3.26 Travaux en cours pour la production d'un dépliant promotionnel du CECII.

3.27 Travaux en cours sur l'élaboration d'un formulaire s'intitulant ***Déclaration d'une préoccupation en regard de la qualité des soins infirmiers*** qui sera présenté au comité d'appréciation dès sa formation.

3.28 Projet en cours de réalisation d'un onglet CII-CIIA sur Intranet.

3.29 Présentation par M^me^ Danielle Savard, des lignes directrices des soins infirmiers en coloscopie à la suite d'un avis de l'OIIQ mentionnant que l'insertion, l'avancement ou le retrait du coloscope sont interdits pour les infirmières des salles d'opération. Les chirurgiens ont jusqu'au 30 décembre 2012 pour changer leur façon de faire.

3.30 Autres comités où les membres du CII participent :
-Comité de pharmacologie;
-Comité gestion des risques;
-Comité de soins palliatifs;
-Comité de soins de plaies;
-Comité de prévention des chutes et contentions;
-Comité de prévention et contrôle des infections;

Conseil d'administration : une infirmière représentante du Collège de désignation-CII.

Représentativité du CECII au sein de la Commission infirmière régionale (CIR) ainsi que la présence d'une infirmière comme membre observateur (M^mes^ Isabelle Ouellet et Marie-Claude Verreault).

4. Perspectives d'action pour la prochaine année :

-Réactiver les deux sous-comités du CECII :
. Comité de maintien et de promotion de la compétence;
. Comité d'appréciation de la qualité des actes infirmiers (CAQAI).
-Participer à un midi-conférence.
-Poursuivre le plan d'action de l'OIIQ.

Conclusion :

Je tiens à remercier tous les membres du CECII pour leur participation et leur engagement au sein du comité.

Source : Rapport annuel du conseil des infirmiers et infirmières, CSSS de Matane, juin 2012, par Katia Tremblay, présidente.

Conseil multidisciplinaire – CM

1. **Composition du conseil :**
   Le conseil multidisciplinaire du CSSS de Matane se compose de :
   - 120 membres
   - 24 catégories de profession ce qui représentent un total de 11 ordres professionnels différents et
     2 associations
   - 5 catégories de profession unique

2. **Composition du comité exécutif :**
   - M^me^ Dany Caron, physiothérapeute, présidente
   - M^me^ Julie Sutton, chef de programmes et des services communautaires 0-21 ans, vice-présidente
   - M^me^ Josée Ménard, archiviste médicale, secrétaire
   - M^me^ Linda Bernier, hygiéniste dentaire, administratrice
   - M^me^ Geneviève Proulx, technologue en imagerie médicale, assistante-chef en imagerie, administratrice
   - M^me^ Lise Ross, adjointe à la Direction des services professionnels, hospitaliers et multidisciplinaires, personne désignée
   - M^me^ Nicole Morin, directrice générale

     N.B. : M^me^ Clémence Caillouette, coordonnatrice des services diagnostiques et M^me^ Silvi Bélanger, technicienne en diététique et assistante-chef au service alimentaire ont terminé leur mandat en octobre 2011.

3. Mandat général :
   Mandat du Conseil multidisciplinaire envers le C. A. et la directrice générale : Faire des avis et recommandations portant sur l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle multidisciplinaire, sur la distribution appropriée des soins et des services, sur l'organisation scientifique et technique et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des membres (art. 226 à 230 LSSS).

4. **Mandats ou objectifs spécifiques :**
   - Poursuivre la consolidation et la promotion du Conseil multidisciplinaire tel qu'il est prévu par la LSSSS du Québec
   - Soutenir la représentativité professionnelle multidisciplinaire
   - Poursuivre le mode fonctionnement établi et y assurer son efficacité
   - S'assurer d'une relève des officiers au cours de la prochaine année
   - Préparer l'assemblée générale à l'automne 2011
   - S'assurer d'une visibilité en participant au contenu du journal « La Passerelle »
   - S'assurer de la divulgation des recommandations des comités de pairs

5. **Bilan des activités :**
   - 5.1 Nombre de réunions du CM : Assemblée générale le 26 octobre 2011
   - 5.2 Nombre de réunions du comité exécutif : 5 rencontres avec un taux de participation de 7 officiers
   - 5.3 Nombre des réunions des comités suivants :
     - 5.3.1 Comité de travail du CECM : 5 rencontres avec une moyenne de 4 représentantes
     - 5.3.2 Comité de maintien et promotion de la compétence (CMPC) : Aucune rencontre
     - 5.3.3 Comité de gestion des risques : 4 rencontres avec 1 représentante
     - 5.3.4 Comité de prévention des infections : 6 rencontres avec 1 représentante
     - 5.3.5 Comités de pairs en réadaptation :
       - Comité de pairs des physiothérapeutes : 5 rencontres
       - Comité de pairs des ergothérapeutes : 5 rencontres
       - Comité de pairs des thérapeutes en réadaptation : 5 rencontres
   - 5.4 Recommandations des membres lors de l'assemblée générale du 26 octobre 2011
     - ➢ Participer à l'organisation de dîners-conférences évoquant différents thèmes notamment sur la connaissance professionnelle, ainsi que sur le fonctionnement de nos secteurs de travail;
     - ➢ Favoriser la présentation de chaque membre lors de nos rencontres;
     - ➢ Ajouter la profession des employés au bottin téléphonique du CSSS de Matane
   - 5.4 Avis :
     - ➢ **Avis du comité exécutif du CM transmis à la Direction générale concernant le processus de priorisation des demandes de dons pour l'obtention d'équipements à la Fondation de l'hôpital de Matane :**

       Extrait du procès-verbal de la rencontre du comité exécutif du CM de CSSS de Matane tenue le 13 avril 2011 :
       Comment assurer un processus de neutralité lors du choix des équipements par la Fondation.

       Le CECM est d'avis :
       Qu'il doit y avoir diffusion par la Fondation de critères de priorité lors de la prise de décision des choix d'équipements demandés par les directions;
       Que ces critères doivent respecter l'aspect de neutralité pour que chaque direction puisse effectuer leurs demandes en fonction de ces critères.

     - ➢ **Avis du comité exécutif du CM concernant la politique sur la tenue vestimentaire du CSSS de Matane déposé le 9 février 2012 :**

       Considérant l'importance de cette politique sur le climat de travail;
       Considérant les enjeux reliés à la gestion des risques de contamination;
       Considérant la diversité d'interprétation dans l'application de cette politique;

       Le CECM du CSSS de Matane recommande :

       - De relier la politique sur la tenue vestimentaire à la gestion des risques;

- D'utiliser un tableau synthèse pour des fins de déploiement de cette politique en affichant le type de contact anticipé et le code vestimentaire approprié.

Voici un exemple :

Niveau de risque	Type de contacts anticipés	Exemples	Code vestimentaire
1	Sang, salive, agents infectieux, etc. Contact avec risque d'éclaboussures	Chirurgie, stérilisation, examen physique	Uniforme, chaussure à bout fermé, cheveux longs attachés, ongles courts, aucun bijou
2	Sang, salive, agents infectieux, etc. Contact sans risque d'éclaboussures	Prise de sang, examen physique	Sarrau, chaussure à bout fermé, aucun bijou, cheveux longs attachés
3	Peu ou pas de contact physique	Discussion, échange verbal, poignée de main	Habillement civil

6. **Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année :**

- ❖ Dépôt du document des règlements relatifs aux modalités des plans d'interventions et de service des usagers;
- ❖ Dépôt de la politique et de la procédure des plans d'interventions des usagers;
- ❖ Assemblée générale fortement appréciée avec un excellent taux de participation démontrant une mobilisation accrue des membres;
- ❖ Depuis le 26 octobre 2011, nous avons 3 nouveaux membres au sein du comité exécutif;
- ❖ Remise des Prix de reconnaissance Conseil multidisciplinaire du CSSS de Matane, édition 2011

  Comité du Jury composé de :
  - M^me^ Lise Ross, adjointe à la Direction des services professionnels, hospitaliers et multidisciplinaires
  - M. Wayne Grant, conseiller en gestion des ressources humaines
  - M^me^ Anne Saumure, directrice des programmes et des services pour les personnes en perte d'autonomie
  - M^me^ Clémence Caillouette, coordonnatrice des services diagnostiques en remplacement de M^me^ Saumure pour la finalisation

1. *Prix Innovation décerné à Monsieur Laurent Vachon, travailleur social*

   Pour son investissement au cours des dernières années dans son expérimentation d'une approche inspirée de la sociologie relationnelle dont le lien social est à la base de toutes les relations et de la théorie de l'entraide. Son expérimentation a été l'objet d'une présentation au niveau provincial et au niveau international à Lausanne en Suisse. De plus, M. Vachon enseigne cette approche à l'Université du Québec à Rimouski aux étudiants en travail social.

2. *Prix contribution à la qualité de l'acte professionnel décerné à Madame Carole Collard, physiothérapeute*

   Depuis 2008, elle a relevé un défi avec brio soit celui d'assurer les interventions en physiothérapie dans le domaine de la pédiatrie en démontrant une qualité exceptionnelle de son travail. Madame Collard s'est rapidement appropriée les dossiers de cette clientèle, elle a effectué de nombreuses recherches pour parfaire ses connaissances et s'est illustrée par ses fortes aptitudes concernant la gestion de son horaire ainsi que les services donnés. Ses grandes forces résident dans son processus d'analyse qui fait en sorte que ces interventions sont ciblées, efficaces et surtout efficientes. Elle est par ailleurs considérée par ses collègues comme étant une professionnelle ressource, et ce, pour différents types de pathologies.

3. *Prix engagement professionnel est décerné à Mme Silvi Bélanger, technicienne en diététique et assistante-chef au service alimentaire*

   Un fait important à souligner est que deux de ses collègues ainsi qu'un gestionnaire ont soumis sa candidature concernant sa contribution exceptionnelle à la démarche de réorganisation de la production et de la distribution alimentaire du CSSS de Matane. Madame Bélanger a défendu ses idées et points de vue avec ardeur et détermination, elle s'est impliquée à 200 % en mettant ses connaissances et ses compétences professionnelles pour faire en sorte que ce projet fonctionne, et ce, toujours dans le respect des employés. Mme Bélanger a démontré un soutien constant auprès de son équipe et a fait preuve de rigueur soutenue dans l'exécution de ses tâches.

- Parution de 3 articles dans le journal « La Passerelle ».

- Comités de pairs en réadaptation : les travaux se poursuivent concernant la révision des documents à la suite des rencontres de ces comités concernant la réorganisation de services intégrés en réadaptation du CSSS de Matane. Déposition officielle au cours des prochains mois.

- Dépôt de l'avis concernant la politique sur la tenue vestimentaire à M. Wayne Grant, conseiller en gestion des ressources humaines le 21 février 2012 et accueil favorable concernant l'utilisation d'un tableau synthèse.

7. **Perspectives d'action pour la prochaine année :**
   - Poursuivre notre représentativité au niveau des comités en place;
   - S'associer avec M. Robert Pelletier, conseiller aux communications et aux affaires publiques et le CECII pour la mise en place de diners-conférences;
   - S'assurer de la mise sur pied du comité maintien et promotion de la compétence, 2 membres ont déjà été recrutés lors de la dernière assemblée générale;
   - Formuler un avis concernant le processus d'attribution des formations pour les membres du CM;
   - Poursuivre une visibilité auprès des membres du CM par le biais d'articles au journal « La Passerelle »;
   - S'assurer que les recommandations des comités de pairs en réadaptation soient divulguées aux membres du CM.
   - Donner un avis sur l'application de la loi 21.

8. **Conclusion**

Nous tenons à souligner l'engagement des membres de l'exécutif dont le mandat s'est terminé au cours de l'année 2011, ainsi qu'à ceux dont le mandat se poursuit. Je réitère mes félicitations aux nouveaux membres élus, leur détermination et leur implication sont d'une grande importance pour la poursuite de nos travaux.

Nous sommes une instance pouvant apporter un niveau de réflexion différent car nous sommes composés d'un éventail de professions touchant divers secteurs du CSSS de Matane. Notre expertise est un atout majeur pour la continuité des services offerts dans notre organisation. Meilleure est la connaissance de notre milieu de travail, meilleure en est l'adaptation et la compréhension de tout changement. Nous portons un intérêt marqué à notre organisation et nous avons constamment l'objectif d'offrir des services de très grande qualité car notre usager demeure toujours et avant tout au cœur de nos actions.

Source : Rapport annuel du conseil multidisciplinaire, CSSS de Matane, mai 2012, par Dany Caron, présidente.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

C'est en tant que nouvelle présidente du CMDP depuis le 1er février 2012 que je vous présente ce rapport annuel, la présidence ayant été assumée par la Dre Louise Savoie jusqu'en décembre 2011.

1. **COMPOSITION DU CONSEIL :**
   Le CMDP est composé de 31 membres actifs et associés comprenant des médecins omnipraticiens et spécialistes, des pharmaciens ainsi que plusieurs autres membres associés dispensant des soins dans notre établissement.

2. **COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF :**
   Le CECMDP est composé de cinq membres ainsi que de la directrice des services professionnels et de la directrice générale. Les différents chefs de départements cliniques y participent également, sans avoir droit de vote par contre.

3. **MANDAT GÉNÉRAL DU CONSEIL :**

   Rôles envers le C. A. :
   - Apprécier et contrôler la qualité des actes
   - Évaluer et maintenir la compétence
   - Faire des recommandations sur les qualifications et compétences lors d'une demande de nomination
   - Donner son avis sur les mesures disciplinaires
   - Faire des recommandations sur les règles de soins et règles d'utilisation des médicaments
   - Faire des recommandations sur les obligations rattachées aux privilèges
   - Élaborer les modalités de la garde
   - Donner son avis sur l'organisation technique et scientifique du centre et les règles d'utilisation des ressources

   Rôles envers la Direction générale :
   - Donner son avis sur la complémentarité des services entre les établissements de la région
   - Donner son avis sur l'organisation technique et scientifique
   - Donner son avis sur l'organisation médicale et la distribution appropriée des soins

4. **MANDATS OU OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE**
   Dans son rapport de l'année dernière, Dre Savoie mentionnait vouloir mettre l'accent sur le recrutement en pharmacie et le maintien des effectifs médicaux.

5. Bilan des activités

Au cours de l'année 2011-2012, il y a eu trois assemblées générales, huit réunions du CECMDP, sept réunions du Département de médecine, trois réunions du service d'urgence et quatre réunions du service de gériatrie. Les taux de participation ont été respectivement de 50%, 70%, 60% et 85%. Par contre, il n'y a pas eu de réunions de pharmacologie et du comité d'évaluation de l'acte médical. En effet, en 2011-2012, les médecins du CSSS de Matane ont eu à composer avec une surcharge importante de travail étant donné le manque d'effectifs en raison de congés de maternité, de maladie et plus récemment du départ de médecins. Nous avons dû mettre l'accent sur les activités cliniques et les soins directs aux usagers. Le Département de chirurgie a tenu pour sa part plusieurs réunions.

Les comités relevant directement du CMDP ont été moins actifs cette année en raison de la pénurie d'effectifs. Tout d'abord, le comité d'évaluation de l'acte médical s'est retrouvé sans président à la suite de la démission du Dr Drouin après de nombreuses années à titre de président de ce comité. Une nouvelle présidente a été nommée en mars dernier : Dre Marie Bernard. Elle sera chargée de reprendre les travaux du comité et d'appliquer les recommandations émises par le Collège des médecins lors de sa visite en juin 2011. Le comité de pharmacologie a vu lui aussi ses activités diminuer en raison de la surcharge de travail des pharmaciens, par contre, nous avons tout de même pu adopter diverses ordonnances collectives et protocoles visant à faciliter l'utilisation des médicaments et à améliorer la sécurité des usagers.

Pour ce qui est du comité d'évaluation des titres, comme nous pratiquons dans un centre de petite taille et que le nombre de médecins est limité, c'est le CECMDP qui s'acquitte de cette tâche. Nous avons donc pu examiner plusieurs demandes de privilèges cette année. Enfin, le comité de prévention des infections a été très actif cette année, Dr Drouin ayant assuré l'intérim de la présidente intérimaire Dre Fournier pendant l'absence de cette dernière.

En juin 2011, nous avons reçu la visite du comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec. Plusieurs recommandations ont été émises concernant la réglementation, le comité exécutif, le comité d'évaluation, le développement professionnel continu, l'urgence et la tenue des dossiers. Nous comptons appliquer ces recommandations prochainement.

D'ailleurs, une des recommandations concernait la non-conformité du système d'admission à l'urgence, soit que le triage des usagers soit fait après l'inscription. Cette situation était d'ailleurs dénoncée depuis plusieurs années par les médecins. Nous avons appris récemment qu'un budget venait d'être alloué par l'ASSSBSL pour qu'un chargé de projet se penche, entre autres, sur cette question et remédie à la situation. Les membres du CMDP sont très satisfaits que la Direction actuelle a fait de ce dossier qui traînait depuis nombre d'années une de ses priorités. Une autre preuve de la volonté de la Direction d'améliorer l'efficacité à la salle d'urgence est la création d'un poste de commis à l'urgence depuis fin mars 2012, ce qui facilite le travail des médecins et surtout des infirmières.

Le CMDP et le Département de médecine générale ont également veillé au respect des obligations pouvant être rattachées à la jouissance des privilèges accordés aux membres, par exemple, le respect des activités obligatoires selon le nombre d'années de pratique. Ils s'assurent également d'une répartition la plus équitable possible des différentes tâches à accomplir par les médecins.

Malheureusement, la situation des effectifs médicaux, qui était très bonne l'an passé, redevient préoccupante dernièrement. À l'automne 2011, nous étions 27 médecins pour un plan d'effectifs

médicaux de 29. Nous avons eu cinq congés de maternité en 2011, ce qui a augmenté la charge de travail pour les autres médecins. Étant donné notre situation satisfaisante de l'automne, aucun nouveau poste ne nous a été accordé par le DRMG pour 2012, malgré la retraite annoncée d'un médecin.

Malheureusement, nous avons quatre médecins qui nous ont annoncé leur départ dernièrement, deux qui nous ont déjà quittés et deux autres départs prévus, un pour juin et l'autre pour octobre. La situation des effectifs médicaux redevient par conséquent très précaire et nous devons avoir recours aux services des médecins dépanneurs. Nous devrons donc continuer les efforts de recrutement pour attirer de nouveaux médecins dans notre région. La création d'un poste d'agent de recrutement prochainement démontre la reconnaissance de l'importance de ce volet par la Direction générale. Heureusement, l'arrivée de la Dre Nadjila Kadri qui augmente les effectifs en médecine interne a été très bénéfique pour améliorer l'accès en spécialité pour les usagers et pour appuyer le travail des omnipraticiens.

Le Département de pharmacie vit également une pénurie d'effectifs depuis plusieurs années déjà et le recrutement s'avère très difficile, même si des efforts importants sont mis en ce sens. La demande grandissante en chimiothérapie occupe beaucoup le temps des pharmaciens et ils parviennent difficilement à maintenir le rythme de travail. Nous devons avoir recours à des pharmaciens dépanneurs pour appuyer leur travail. Malgré tout, ils continuent d'offrir des services de grande qualité.

Par ailleurs, le dossier de la couverture en radiologie a été très préoccupant pour les médecins cette année encore. La démission des radiologistes de Rimouski a forcé le CSSS à trouver un nouveau corridor de service pour la couverture en téléradiologie. Les médecins ont dû s'adapter à un nouveau mode de fonctionnement.

Si nous revenons aux objectifs fixés l'an passé par le CMDP, soit le recrutement en pharmacie et le maintien des effectifs médicaux, ils n'ont malheureusement pas été atteints. Le recrutement en pharmacie s'avère extrêmement difficile malgré tous les efforts qui y ont été voués. Nous devrons persévérer en ce sens. Pour ce qui est de la situation en médecine générale, elle s'annonce difficile pour l'année à venir et là aussi de grands efforts devront être déployés, d'où la pertinence de l'agent de recrutement.

Pour l'année à venir, nos objectifs consisteront surtout à la relance et la restructuration du comité de l'évaluation médicale, au recrutement tant en pharmacie qu'en médecine générale et nous veillerons au bon déroulement de la restructuration du système d'admission à l'urgence.

Source : Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, CSSS de Matane, juin 2012, par Dre Renée Gagnon, présidente.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Les membres du comité sont :

Mmes Lucie Lapointe, administratrice au conseil d'administration
Nicole Morin, directrice générale
Micheline Verreault, administratrice désignée par le comité des usagers au conseil d'administration

MM. Richard Bérubé, administrateur au conseil d'administration
Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Louis Pelletier, administrateur au conseil d'administration

Le comité s'est réuni à deux occasions au cours de la dernière année.

Au cours du dernier exercice, le comité a pris connaissance des rapports suivants :

- Rapport d'Agrément Canada;
- Rapport sur la satisfaction de la clientèle;
- Rapport sur la mobilisation du personnel;
- Rapport sur la conformité des services aux besoins, aux attentes et aux droits des résidents;
- Rapport périodique du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- Rapport périodique sur les incidents et accidents;
- Rapport sur la gestion des risques;
- Rapport sur la prévention et contrôle des infections;
- Rapport de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Rapport du programme de lutte contre le cancer;
- Rapport de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec;
- Rapport du Protecteur du citoyen;
- Rapport du coroner;
- Rapport du Curateur public;
- Rapport de l'Office de la langue française;

Les suivis ont été effectués auprès des gestionnaires concernés dans un but commun d'améliorer la qualité et la sécurité dans les soins et les services à dispenser pour notre clientèle.

Les indicateurs utilisés par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ont été : les suivis des plaintes, le nombre de plaintes et le délai pour les suivis des recommandations de ce dernier.

Source : Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité, du 1er avril 2011 au 31 mars 2012, par Louis Pelletier, président

Comité des usagers et des résidents

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport du conseil d'administration du comité des usagers et des résidents du CHSLD.

Le conseil d'administration s'est réuni à 12 réunions régulières, 7 réunions spéciales et une rencontre extraordinaire soit un total de 20 rencontres. Nous avons traité, entre autres, les dossiers suivants :

- *Participation au colloque provincial du CPM en juin 2011*
- *Rencontre régionale des comités des usagers en septembre 2011 à La Pocatière.*
- *Participation au colloque provincial du RPCU en octobre 2011*
- *Rencontre avec Agrément Canada*

C'est en effet avec beaucoup de plaisir que nous vous présentons l'ensemble des activités accomplies au cours de l'année 2011-2012. Les droits et les intérêts des usagers ont été défendus afin de favoriser l'amélioration de leur condition de vie.

Composition du comité pour l'année 2011-2012

Madame Lise Ouellet, présidente
Madame Louiselle Richard, vice-présidente
Madame Lisette Gravel, secrétaire
Madame Micheline Verreault, trésorière

Réalisations du comité en 2011

Achat d'ameublement et d'appareils au CHSLD : (dans le cadre des mesures d'exception relative aux surplus des comités des usagers)
1 balançoire adaptée pour fauteuil roulant
2 chaises gériatriques
Ensemble de salon

Autres réalisations

Encart publicitaire annuellement dans l'inter guide
Achats d'articles promotionnels : Stylos

Formation :

Formation en mai 2011 sur le fonctionnement légal des comités des usagers par M^me^ Christelle Malenfant LL.B

Objectifs 2012-2013 :

Le comité prépare une rencontre régionale des comités des usagers qui se tiendra le 30 août 2012 à Matane. Participation aux colloques provinciaux. Se tenir informer de tous les ateliers qui touchent les utilisateurs des services en santé.

Source : Rapport annuel du comité des usagers et des résidents du CSSS de Matane 2011-2012

Comité de gestion des risques

1. **Composition du comité** :
   Silvi Bélanger, représentante du CM
   Dre Renée D'Amours, représentante du CMDP
   Julie-Anne Desjardins, représentante du CECII
   Pierre Ducasse, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles
   Louiselle Richard, représentant du comité des usagers
   Nicole Morin, Directrice générale
   Marie-Ève Martin St-Pierre, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections
   Jacky Tremblay, pharmacien membre du comité de pharmacologie
   Danielle Savard, Directrice des soins infirmiers
   Lise Ross, gestionnaire de risques

2. **Mandat général du comité** :
   - **Rechercher, développer** et **promouvoir** des **moyens** visant à :
     - identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
     - s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
     - assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents;
     - recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu. (art 183.2 de la LSSSS)

   N.B. : Rechercher, développer et promouvoir des moyens **n'est pas synonyme** d'utiliser ces moyens.

   Le comité n'a pas à se substituer aux gestionnaires et intervenir dans les opérations ou les activités quotidiennes. Il doit :

   a) **s'assurer** que tout est en place pour répondre aux obligations de la loi;
   b) **évaluer** le résultat des actions posées et les moyens mis en œuvre pour éviter la récurrence des événements;
   c) **faire**, s'il y a lieu, des **recommandations** au conseil d'administration.

3. **Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année** :
   1. Assurer le déploiement d'une culture de prestation sécuritaire des soins et des services;
   2. Consolider le comité de gestion des risques;
   3. Opérationnaliser le mandat du comité de gestion des risques;
   4. Assurer la saisie des formulaires AH-223 selon les délais prescrits;
   5. Rendre opérationnel le Référentiel sur les éléments de prestation sécuritaires des soins et des services aux usagers et aux résidents;

4. **Bilan des activités :**

4.1 Nombre de réunions du comité de gestion des risques et taux de participation :

N^bre^ 4 Taux de participation : 70 %

4.2 Principales causes des incidents et accidents :

- *Les principales causes des incidents et accidents sont les chutes (575 événements) et les médicaments (393 événements)*

4.3 Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents et accidents et l'analyse des risques : *Une surveillance étroite a été apportée au formulaire AH-223 Section 10 Mesures de prévention de la récurrence retenues par les gestionnaires qui assure le suivi des mesures susceptibles de prévenir la récurrence. Les coordonnées du gestionnaire sont requises.*

- *À compter de la période 13, diffusion Rapport des incidents et accidents*

  - *Nombre d'incidents*
  - *Nombre d'accidents*
  - *Taux d'incidents*
  - *Taux d'accidents*
  - *Nombre d'événements par type et par période*
  - *Nombre d'événements par gravité et regroupement*

4.4 Actions prises pour le suivi des événements sentinelles :

- *Adoption 31-01-12 Politique administrative Gestion d'un événement « sentinelle » (10-20-05) et Procédure adoptée le 31-01-12 Gestion d'un événement « sentinelle » (10-20-05-01)*

- *À compter de la période 13 Diffusion Tableau de processus corrigés à la suite d'événements sentinelles*

4.5 Actions prises pour le suivi du soutien aux victimes et aux proches :

- *Adoption 2011-09-06. Politique administrative Mesures de soutien à la suite d'un accident survenu au Centre de santé et de services sociaux de Matane (10-20-04), et Procédure adoptée le 2011-09-06 encadrant l'application de mesures de soutien à l'usager, aux proches et aux intervenants lors d'accident survenu en cours de prestation de soins et de services (10-20-04-01).*

4.6 Actions prises pour la surveillance des infections nosocomiales et résultats de cette surveillance : Référence au rapport annuel sur la prévention et le contrôle des infections 2011-2012.

4.7 Indicateurs de suivi utilisés : Référence au rapport annuel sur la prévention et le contrôle des infections 2011-2012.

5. **Résultats obtenus eu égard *aux objectifs fixés pour l'année* :**

- Diffusion et plan de communication du cadre Référentiel sur les éléments de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers et aux résidents, *rôles, responsabilités et obligations redditionnelles des gestionnaires, du personnel, des médecins et des bénévoles en ce qui concerne les soins et la sécurité des usagers/résidents*, auprès des gestionnaires et des équipes.

- Description des rôles et responsabilités du personnel du CSSS de Matane en regard de la sécurité des usagers/résidents.

- Canevas de description de tâches.

- Démarche d'une analyse prospective où l'élément d'analyse retenue a été un questionnement avec un contexte des mesures de protection lors d'une infection déclarée avec l'usage d'une mauvaise affichette installée.

  - Évaluation des impacts et révision des processus, lors de déclaration d'une infection, des mesures préventives lors de l'épisode et fin de soins, révision des routes de travail de la désinfection par le Service hygiène et salubrité.

  - Propositions de pistes de solution pour éviter qu'une mauvaise affichette soit posée :

    1. Révision des processus cliniques en lien avec la prévention et contrôle des infections dans la prestation des soins et des services à l'unité de courte durée;
    2. Nécessité de déployer une culture de sécurité de prestation sécuritaire des soins et des services chez l'ensemble des intervenants;
    3. Ajout de formation au personnel;
    4. Gestion optimale des déclarations des événements indésirables;
    5. Mise à niveau des responsabilités de l'ensemble du personnel en regard de la prestation sécuritaire des soins et des services en suivi par le personnel d'encadrement;
    6. Audit sur les processus;
    7. Valorisation de la contribution de chacun dans le domaine de la prévention et contrôle des infections;
    8. Sensibilisation du personnel dans les rencontres d'équipes de leurs rôles en regard d'une prestation sécuritaire des soins et des services;
    9. Documentation plus en vue et toujours placée au même endroit;
    10. Décision pour les affichettes prises par personnel désigné, avec l'approbation de la conseillère en prévention et contrôle des infections, par l'ASI, où une expertise se développerait.

6. **Perspectives *d'action pour la prochaine année* :**

1. Supporter les équipes de travail à assurer une prestation sécuritaire des soins et des services auprès des usagers/résidents
2. Assurer la saisie des formulaires AH-223 selon les délais prescrits
3. S'assurer que le cadre Référentiel sur les éléments de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers et aux résidents soit appliqué par les équipes de soins
4. Assurer l'application des lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux en regard du *système d'information sur la sécurité des soins et des services;*

- *Les définitions*
- *La déclaration dans les ressources non institutionnelles*
- *L'exclusion*
- *Qui déclare?*
- *Que déclare-t-on?*
- *À qui doit-on acheminer la déclaration?*
- *La trajectoire du formulaire AH-223 lors d'un événement dans une ressource non institutionnelle (RNI)*
- *Qu'est-ce qu'on déclare?*
- *Les soins à domicile*
- *Les événements répétitifs*
- *L'automédication en institution*
- *Quand la condition de la personne génère la situation*
- *Lors de l'application de mesures de contrôle*
- *Les événements qui touchent plusieurs usagers mais dont les conséquences potentielles sont inconnues*
- *Les situations pouvant générer une double déclaration*
- *Lorsqu'un événement implique des partenaires*
- *Lorsqu'un événement sentinelle implique plus d'un établissement*
- *Les rapports du coroner*

7. **Recommandations :**

Le cas échéant, recommandations visant à prévenir la récurrence d'incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle :

- Élaboration d'un plan d'action sur les événements ayant un taux élevé d'incidents/accidents (chutes-médicaments);
- Assurer le déploiement du processus de gestion d'un événement sentinelle à l'ensemble des centres d'activité et des directions de l'établissement;
- Renforcir les mesures (actions ou moyens) de prévention de la récurrence pris pour éviter qu'un événement de même nature se reproduise.

Source : Rapport annuel du comité de gestion des risques, CSSS de Matane, juin 2012, par Lise Ross, ADSPHM

Comité éthique clinique

1. **Composition du comité :**

   Mmes Andrée Ouellet, coord. accueil, archives et données cliniques
   Danielle Savard, directrice des soins infirmiers
   Lise Ross, adjointe à la DSPHM
   Nadia Martel, ASI 5e chirurgie/obstétrique
   Suzie Fortin, éducatrice spécialisée Centre de jour
   Geneviève Proulx, assistante-chef en imagerie médicale
   Chantal Marquis, infirmière clinicienne SAD

   MM. Réald Langlais, conseiller clinique pour les services psychosociaux
   René Labrie, préposé aux bénéficiaires CHSLD
   Personne ressource : M. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

2. **Mandat général du comité :**

   Le comité éthique clinique dans l'établissement est mis à la disposition de l'ensemble du personnel, des médecins, des stagiaires et des bénévoles afin de soutenir des discussions et la réflexion sur les valeurs divergentes dans l'offre de service pour en arriver à une prise de décision éthique éclairée et respectueuse afin d'émettre un avis.

   Chercher à développer et à parfaire une pensée éthique rigoureuse sur les valeurs morales afin de donner un sens à ses décisions et à ses actions, il s'avère une référence essentielle en gestion dans un milieu de santé et de services sociaux.

3. **Priorités ou objectifs spécifiques au cours de l'année :**

Consolider le comité éthique clinique

- Élaborer une politique administrative dont l'objet est de circonscrire les questions éthiques liées aux soins et aux services à dispenser au CSSS de Matane
- Élaborer le cadre de référence du comité éthique clinique

4. **Bilan des activités :**

   4.1 Nombre de réunions du comité et taux de participation
   Nombre : 4 Taux de participation : 80 %

   4.2 Nombre de demandes soumises et étudiées au cours de l'année
   3 et 1 en processus d'analyse

   4.2.1 Nombre de demandes acceptées : 1
   4.2.2 Nombre de demandes terminées : _____
   4.2.3 Nombre de demandes refusées : 2

5. **Résultats *obtenus eu égard aux objectifs ou priorités fixés pour l'année* :**

- Politique administrative « 10-10-24 Comité éthique clinique »;
- Cadre de référence du comité éthique clinique « *La personne est au cœur de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions.* »;
- Formulaire de présentation d'une demande de réflexion ou d'avis au comité d'éthique clinique;
- Formulaire d'engagement à la confidentialité pour chaque membre du comité éthique clinique;
- Grille d'analyse pour acceptation ou refus d'une demande requérant une délibération éthique;
- Fiche d'application grille d'analyse de la décision délibérée;
- Registre des demandes de délibération éthique clinique.

6. **Perspectives *d'action pour la prochaine année* :**

- Élaborer un mode de fonctionnement du comité éthique clinique.

7. **Recommandation, le cas échéant :**

- Rendre disponible à chaque membre du comité éthique clinique une copie du livre, « Professionnaliste et délibération éthique » Georges A. Legault, Presses de l'Université du Québec, afin de faciliter le travail lors de délibération éthique;
- Consolider le « membership » du comité éthique clinique en assurant la disponibilité des ressources humaines;
- Supporter le comité éthique par le biais d'une formation adaptée.

8. **Conclusion :**

Le comité éthique clinique est satisfait de sa première année d'existence et a l'objectif de poursuivre ses activités. Le dynamisme des membres du comité démontre une mobilisation à remplir leur mandat.

Source : Rapport annuel du comité éthique clinique, CSSS de Matane, juin 2012, par Lise Ross, ADSPHM

Chapitre 6

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de tout établissement public ou privé conventionné est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie qui doit être rendu accessible au public et être publié dans son rapport annuel.

Le conseil d'administration a révisé et adopté son code d'éthique et de déontologie le 16 septembre 2004. Une mise à jour de son code d'éthique et de déontologie a été faite en mars 2011.

Un comité d'éthique et de déontologie, composé de cinq membres du conseil d'administration, est constitué. En 2011-2012, aucun cas n'a été traité, aucun membre ne s'est retrouvé en conflit d'intérêts. Enfin, aucun manquement n'a été constaté durant l'année par cette instance disciplinaire.

Tel que le prévoit la loi citée précédemment, le *Code d'éthique et de déontologie* des membres du conseil d'administration est publié intégralement à la page suivante.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

2. CHAMPS D'APPLICATION

À moins qu'il ne soit autrement spécifié, le présent code s'applique à tout administrateur au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

3. DÉFINITIONS

- ***Éthique :***
  - *Êthos :* du grec mœurs;
  - Science de la morale; art de diriger la conduite;
  - Se réfère à des valeurs plutôt qu'à des obligations; situe nos décisions d'agir par rapport aux valeurs que nous désirons mettre en pratique (George A. Legault, *Professionnalisme et délibération éthique*).
- ***Déontologie :***
  - *Deon, -ontos :* du grec devoir;
  - Ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier;
  - Désigne des règles, devoirs et obligations, ce qu'il faut faire.
- ***Conflit d'intérêts :*** Situation où l'administrateur risque d'avoir à choisir entre son intérêt personnel et celui de l'établissement.

4. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

4.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et de services sociaux.

4.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

4.3 Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil.

4.4 Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis.

4.5 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

4.6 Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.

4.7 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.

4.8 Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.

4.9 La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.

4.10 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, des échanges et des discussions.

5. DEVOIRS SPÉCIFIQUES

5.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

5.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

5.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques lorsqu'il est autorisé à le faire. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.

5.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

5.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général.

5.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue.

5.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.

5.8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

6. IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

6.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.

6.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.

6.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

6.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

6.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

- est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent être défavorablement affectés,

- n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

6.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

6.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.

6.8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

7. RÉGIR OU INTERDIRE DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION DE CES PERSONNES

7.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

7.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

7.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

7.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

8. LES DEVOIRS ET LES OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

8.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

8.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

9. RÉGIME DE SANCTIONS

9.1 Tout manquement ou omission concernant une norme ou un devoir prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

9.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

9.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

9.4 Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

9.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des renseignements reçus et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

9.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les 30 jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

9.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

9.9 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation.

9.10 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

10. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

10.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

10.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

11. LA PUBLICITÉ DU CODE

11.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.

11.2 L'établissement doit indiquer dans son rapport annuel l'existence du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration.

11.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Adopté par le conseil d'administration le 16 septembre 2004
Mis à jour le 17 mars 2011

ANNEXE 1

Centre de santé et de services sociaux de Matane

Plan d'organisation 2011-2015

Adopté par le conseil d'administration
Le 19 mai 2011

COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- CMDP
- CII
- CM
- Comité des usagers et des résidents

- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité de révision
- Comité d'évaluation
- Comité administratif
- Comité d'éthique

DIRECTION GÉNÉRALE

Conseiller aux communications et aux affaires publiques

- Comité de direction
- Comité de gestion des risques
- Comité de prévention et contrôle des infections
- Agrément

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES

- Informatique
- Sécurité des actifs informationnels

COORDONNATEUR SERV. FINANCIERS

- Analyse financière
- Approvisionnements
- Budget
- Comptabilité

COORDONNATEUR SERV. TECHNIQUES

- Biomédical
- Buanderie
- Entretien général
- Équipements
- Sécurité
- Téléphonie

COORDONNATEUR SERV. R. / ARCH. / D. C.

- Accueil / Admission
- Analyse données cliniques
- Archives médicales
- Centrale de rendez-vous
- Consultations ext.

COORDONNATEUR SERV. ALIM. / H. S. / H. C.

- Alimentation
- Hygiène et salubrité
- Nutrition clinique

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

CONSEILLER EN G. R. H.

- Relations de travail
- Rémunération
- Avantages sociaux
- Paie
- Formation (développ. des compétences)
- PMO
- Organisation travail
- Dotation
- Liste de rappel

CONSEILLER EN SST

- Assurance salaire
- CSST
- Prévention

Gestion de la contribution et reconnaissance

DIRECTION DES PROGRAMMES ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

CHEF DE PROGRAMMES ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES (0-21 ANS)

- Clinique jeunesse : Écoles en santé
- Santé publique
  - Hygiène scolaire
  - Immunisation
- Adaptation sociale (PEJ)
  - Services 0-5 ans :
    - Famille
    - Stimulation précoce
    - Guidance, attachement
  - Serv. de psychologie / santé mentale jeunesse

- Planning MTS - SIDA - IVG
- Services généraux
  - Serv. psychosociaux courants incluant *info social*
  - Santé mentale adulte
- Santé au travail équipe locale
- Action communautaire
- Sécurité civile
- Santé publique

CONSEILLER CLINIQUE

Services psychosociaux

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS, HOSPITALIERS ET MULTIDISCIPLINAIRES

- Gestion des lits et des épisodes de soins/liaison
- Transferts / transports

- Éthique
- Qualité

CHEF PHARMACIE

- Pharmacie

COORDONNATEUR DES SERVICES DIAGNOSTIQUES

- Centre de prélèvements
- Imagerie médicale
- Inhalothérapie
- Laboratoires

ADJOINT À LA DSPHM

- Gestion de l'acte, de la qualité des pratiques professionnelles et de l'éthique clinique
- Corridors de services / liens interétablissements
- Recrutement médical/ rétention
- Support CM
- Support GMF
- Réadaptation : Physio-Ergo
- Gestion des risques

DIRECTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE

COORDONNATEUR DES SERVICES AUX CLIENTÈLES HOSPITALISÉES

Unité de courte durée :
- Unité de chirurgie
- Obstétrique
- Unité de médecine
- Gériatrie
- Pédiatrie

COORDONNATEUR DES SERVICES AMBULATOIRES

- Urgence
- Unité de soins intensifs

- Bloc opératoire
- Chirurgie d'un jour
- Stérilisation
- Endoscopie
- Consultations externes

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

- Éthique
- Qualité

- Encadrement clinique soins infirmiers
- Gestion de la qualité
- Prévention et contrôle des infections
- Support CII
- Maladies chroniques
- Programme de lutte contre le cancer
- Soins infirmiers courants

CONSEILLERS CLINIQUES

(Encadrement clinique, évaluation des soins infirmiers, formation clinique, ...)

CONSEILLÈRE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

DIRECTION DES PROGRAMMES ET DES SERVICES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

COORDONNATEUR DU MAINTIEN DANS LE MILIEU

- Soutien à domicile
- Centre de jour
- Ressources non institutionnelles (RI et RTF)
- Points de services : Les Méchins et Baie-des-Sables
- Services psychosociaux
- UTRF
- FAPH

COORDONNATEUR DES SERVICES D'HÉBERGEMENT

- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Hébergement temporaire et transitoire
- Services psychosociaux
- Loisirs
- Bénévolat

Pastorale
Soins palliatifs

ANNEXE 2

Planification stratégique 2011-2015

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
1.1 Améliorer l'accessibilité et la fluidité des services de première ligne	✓ Développer un guichet d'accès	- Cadre de référence	Identifier les acteurs	DSPHM
Résultat au 31 mars 2012 :				
1.2 Implanter le projet des services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches	✓ Arrimer le programme-cadre à la communauté	- Programme-cadre	Déploiement interne et externe	DSI
	✓ Consolider les différentes équipes interdisciplinaires	- Un représentant du CSSS en maladies chroniques à la Table Cosmoss	Représentativité à la Table Cosmoss	DSI
	✓ Se doter d'un programme-cadre pour l'ensemble des programmes-clientèles			
Résultat au 31 mars 2012 :				
Projet de services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques implanté et consolidation à faire en révisant le processus d'accès à la clientèle pour les programmes en maladies chroniques ciblés.				

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
1.3 Développer une approche intégrée des services en périnatalité	✓ Implanter AMPRO ✓ Établir un mode de fonctionnement à l'intérieur du CSSS	- Personnel infirmier et médical ayant reçu la formation - Le nombre de rencontres	Le nombre de personnes formées Le nombre de rencontres Calendrier de rencontres	DSPC
Résultat au 31 mars 2012 : **AMPRO : Le module 1 « Apprendre ensemble » est complété. Le module 2 « Travailler ensemble » est débuté. Personnel infirmier et médecins engagés et motivés.**				
1.4 Intégrer les services en santé mentale	✓ Améliorer l'intégration des pratiques cliniques en harmonisant les pratiques professionnelles	- Procédures - Outils standardisés	Déploiement de PII	DSPC
Résultat au 31 mars 2012 : **Les outils informatiques ont été développés et sont fonctionnels et utilisés depuis octobre 2011 . Tous les intervenants sont formés et un processus de suivi a été mis en place. Le nombre de PI-PII-PSI est toujours en augmentation (12 % d'augmentation par rapport à l'an dernier) , malgré plusieurs absences non comblées en cours d'année (manque d'effectifs) Le centre national d'excellence est revenu pour une 2ème fois et les intervenants concernés ont été formés à développer les interventions de outreach pour mieux cibler les gens en besoin et leur offrir de l'aide, car cette approche est indiquée particulièrement auprès des clientèles en besoin qui sont isolées et ne consultent pas. Donc, optimisation des services de suivi à intensité variable.** **Politique et procédures développées en prévention du suicide . Travaux en cours afin de bonifier le travail de collaboration avec l'urgence**				
1.5 Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie	✓ Développer l'approche gériatrique en soins de courte durée et à l'urgence (projet OPTIMAH)	- Indicateurs OPTIMAH : ✓ Proportion des patients 75 ans + pour qui le plan de travail des préposés aux	Diminution de 5 %	DSPHM

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
1.5 Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie (suite)	✓ Consolider le continuum de services/Processus séquentiel	bénéficiaires comprend au moins une directive en lien avec les interventions AINÉES; ✓ Proportion des patients 75 ans et + et capables de marcher avec aide au corridor qui ont fait au moins une séance de marche (min. 5 min) au corridor dans la journée (jour-soir) en plus de la séance de physiothérapie;		
1.5 Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie (suite)		✓ Proportion des patients 75 ans et + pour qui l'évaluation initiale en soins infirmiers comprend l'évaluation du niveau habituel de chaque aspect aînées; ✓ Au plan thérapeutique infirmier (PTI), présence d'au moins une directive pour améliorer/maintenir un des aspects aînées. - Réduire le temps d'attente - Établir le processus séq.	Chaque usager a son gestionnaire de cas	DSPPPA

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2012 : ➢ Proportion des patients 75 ans et + pour qui l'évaluation initiale en soins infirmiers comprend l'évaluation du niveau habituel... : Approche adapté Ainées non-déployer en SAD ➢ Au plan thérapeutique infirmier (PTI), présence d'au moins une directive... : 100% atteint ➢ Réduire le temps d'attente et établir le processus séquentiel : aucun temps d'attente pour accès aux services de soins infirmiers au SAD et processus séquentiel en voie d'élaboration. Projet d'optimisation amorcé en février 2012 qui vise : créer un COS (comité d'organisation de service), gestion des charge de cas des infirmières, travailleurs sociaux etc. , et définir les critères d'admissibilité aux services de soutien à domicile. Processus en cours. La cible gestionnaire de cas en voie de réalisation par le RSIPA. (Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées). Nous sommes en processus de réorganisation du travail à l'unité de médecine : préalable essentiel à l'implantation du changement. Des petits équipements ont été achetés : chaises, veilleuses, horloges, oreillers et des réaménagements physiques sont à planifier afin de favoriser l'autonomie des personnes âgées à l'urgence et en courte durée. Les feuilles de route des préposés aux bénéficiaires ont été révisées afin d'inclure les activités identifiées dans l'approche adaptée (signes vitaux AINÉES). Les sondages aux employés ont été réalisés et compilés en vue d'identifier des pistes d'amélioration.				
1.6 Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie	✓ Développer un cadre de référence	- Diffusion du cadre de référence	Équipe interdisciplinaire dédiée	DSPPPA
Résultat au 31 mars 2012 : Au cours de l'année 2011-2012 un comité de travail composé de la DSP et la DPPA a élaboré un cadre de référence -programme de soins palliatifs pour le CSSS de Matane. Projet réalisé et présenté au comité de direction en avril 2012 Pour l'année 2012-2013 création d'un comité stratégique avec les membres de différentes directions -processus pour atteindre la cible.				

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la gestion des risques	✓ Actualiser la gestion intégrée des risques de façon à cerner, à signaler et à évaluer les risques et à améliorer la sécurité des clientèles et du personnel	- Nombre de formulaires colligés; - Nombre de mécanismes mis en place	100 % des formulaires saisies dans les 90 jours suivant la déclaration	Gestionnaire des risques et collaboration des gestionnaires
	✓ Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance de signaler toute situation pouvant présentée un risque potentiel et réel d'accident/incident	- Nombre de personnes rejointes par la formation;	100 % gestionnaires et 85 % employés	Gestionnaire des risques
	✓ Analyser et communiquer les résultats des activités d'amélioration de la qualité à toutes les personnes concernées dans l'établissement	- Tableau de bord;	Rapport trimestriel et production d'un bilan annuel	Gestionnaire des risques en collaboration avec le comité de la gestion des risques
	✓ Développer un programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et des services	- Programme disponible	2014	Gestionnaires

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services (suite)	✓ Déployer dans l'établissement des outils cliniques reconnus d'évaluation et de suivi pour les clientèles visées (indicateur : ordonnances collectives, PI et PTI)	- Nombre d'ordonnances collectives et plan d'intervention (PI);	25 ordonnances collectives annuelles en plus du processus de révision PI selon l'entente de gestion	
	✓ Maintenir la surveillance des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis ainsi que pour la surveillance régionale et locale	- Taux d'incidence des infections nosocomiales inférieur ou égaux au taux établis	Entre 85 % et 100 % pour chaque type de surveillance	Conseillère en PCI en collaboration avec le gestionnaire des risques
	✓ Constituer les équipes d'agrément en équipe de qualité permanente et leur conférer un rôle central de soutien aux programmes et amélioration continue de la qualité	- Nombre d'équipe d'agrément;	15	Gestionnaire de l'agrément DRHDO. en collaboration avec les gestionnaires
	✓ Assurer la formation continue selon les priorités organisationnelles et maintenir le développement des compétences malgré les contraintes budgétaires	- Plan de formation annuelle;	100 % du budget alloué à la formation	

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services (suite)	✓ Maintenir et développer des programmes de soutien clinique afin d'assurer le transfert des compétences (préceptorat, externat, mentorat, etc.) ou toute autre forme de soutien clinique	- Nombre de catégories d'emploi concerné	Augmentation pour les catégories et plus spécifiquement pour type de personnel à précarité d'emploi	DRHDO, DSPHM et DSI en collaboration avec les gestionnaires

Résultat au 31 mars 2012 :

Bilan des activités :

Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents et accidents et l'analyse des risques : *Une surveillance étroite a été apportée au rapport AH-223 Section 10 Mesures de prévention de la récurrence retenues par les gestionnaires qui assure le suivi des mesures susceptibles de prévenir la récurrence. Les coordonnées du gestionnaire sont requises.*

- *À compter de la période 13, diffusion Rapport des incidents et accidents*
  - *Nombre d'incidents;*
  - *Nombre d'accidents;*
  - *Taux d'incidents;*
  - *Taux d'accidents;*
  - *Nombre d'événements par type et par période;*

Nombre d'événements par gravité et regroupement.

Actions prises pour le suivi des événements sentinelles :

- *Adoption 31-01-12 Politique administrative Gestion d'un événement « sentinelle » (10-20-05) et Procédure adopté le 31-01-12 Gestion d'un événement « sentinelle » (10-20-05-01)*
- *À compter de la période 13 Diffusion Tableau de processus corrigés à la suite d'événements sentinelles*

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable

Actions prises pour le suivi du soutien aux victimes et aux proches :
Adoption 2011-09-06. Politique administrative Mesures de soutien à la suite d'un accident survenu au Centre de santé et de services sociaux de Matane (10-20-04), et Procédure adopté le 2011-09-06 encadrant l'application de mesures de soutien à l'Usager, aux proches et aux intervenant lors d'accident survenu en cours de prestation de soins et de services (10-20-04-01).

Résultats obtenus eu égard *aux objectifs fixés pour l'année* :

- Diffusion et plan de communication du cadre Référentiel sur les éléments de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers et aux résidents, *rôles, responsabilités et obligations redditionnelles des gestionnaires, du personnel, des médecins et des bénévoles en ce qui concerne les soins et la sécurité des usagers/résidents*, auprès des gestionnaires et des équipes
- Description des rôles et responsabilités du personnel du CSSS de Matane en regard de la sécurité des usagers/résidents
- Canevas de description de tâches
- Démarche d'une analyse prospective où l'élément d'analyse retenue a été un questionnement avec un contexte des mesures de protection lors d'une infection déclarée avec l'usage d'une mauvaise affichette installée.
  - Évaluation des impacts et révision des processus, lors de déclaration d'une infection, des mesures préventives lors de l'épisode et fin de soins, révision des routes de travail de la désinfection par le service hygiène et salubrité
  - Propositions de pistes de solution pour éviter qu'une mauvaise affichette soit posée
    1. Révision des processus cliniques en lien avec la prévention des infections dans la prestation des soins et des services à l'unité de courte durée;
    2. Nécessité de déployer une culture de sécurité de prestation sécuritaire des soins et des services chez l'ensemble des intervenants;
    3. Ajout de formation au personnel;
    4. Une gestion optimale des déclarations des événements indésirables;
    5. Mise à niveau des responsabilités de l'ensemble du personnel en regard de la prestation sécuritaire des soins et des services en suivi par le personnel d'encadrement;
    6. Audit sur les processus;
    7. Valorisation de la contribution de chacun dans le domaine de la prévention des infections;
    8. Sensibilisation du personnel dans les rencontres d'équipes de leurs rôles en regard d'une prestation sécuritaire des soins et des services;
    9. Documentation plus en vue et toujours placée au même endroit.

Décision pour les affichettes prises par personnel désigné, avec l'approbation de la conseillère en prévention et contrôle des infections, par l'ASI, où une expertise se développerait.

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2012 :Agrément : Le suivi est effectué à chaque comité de direction où chaque directeur doit assurer un suivi auprès de ses gestionnaires , lesquels le font auprès de leur équipe de travail. Le point en est un statutaire aux ordres du jour du comité de direction (aux 2 semaines) et à l'ordre du jour de la rencontre mensuelle avec l'ensemble des gestionnaires. De plus, ce point est aussi vu à chaque conseil d'administration. Le suivi de toutes les améliorations indiquées ou envisagées se fait de façon systématique lors de ces rencontres . Un tableau de suivi sert d'outil de révision de l'avancement des travaux Maintien des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deça des seuils établis (c. difficile + SARM),.tableau de bord disponible. Programme d'externat et de mentorat bonifiés pour favoriser le recrutement et la rétention des étudiants en soins infirmiers. Pour l'été 2012, recrutement de 8 CEPI et 7 externes. Projet de préceptorat développés et acceptés par ASSS pour 2011-2012.				
2.2 Rendre disponible un plan de mesures d'urgence	✓ Mise à jour et diffusion du plan de mesures d'urgence ✓ Mettre en place des exercices de pratique dans les trois installations	- Plan de mesures d'urgence disponible dans toutes les directions - Nombre de personnes ayant reçu la formation - Nombre d'exercices faits par année	2012 100 % du personnel d'ici 2015 1 exercice/installation/année	Gestionnaire responsable des mesures d'urgence Gestionnaires responsables des mesures d'urgence en collaboration avec les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2012 :Voir François : Plan disponible dans chaque direction. Formation dispensées _____membres du personnel. Un exercice d'évacuation a eu lieu au site CLSC Un exercice de table (code orange) a eu lieu le 23 mars dernier.				

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
2.3 Assurer la sécurité informationnelle	✓ Élaboration du plan directeur de la sécurité des actifs informationnels	- Adoption du plan directeur par le comité de direction et le C. A.	2012	DRFTI
	✓ Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des renseignements cliniques dans un continuum de services (CSSS, GMF, cliniques médicales, coopérative de santé, etc.)	- Mise à niveau annuelle des applicatifs déploiement DSQ	2015	DRFTI
	✓ Se doter de moyens de contrôle pour assurer la surveillance des règles de confidentialité	Mécanisme de surveillance et contrôle statutaire des accès aux banques de données (journalisation)	2012	Pilote local dans les applicatifs
	✓ Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles (ex : gestion des projets) afin de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et la mise en place de meilleures pratiques	Mise à niveau annuelle des utilisateurs du système	Augmentation	DRFTI

Résultat au 31 mars 2012 :

Élaboration du plan directeur de la sécurité des actifs informationnels : La cible est changée pour l'année 2015 et les responsables seront Pierre D. et Jocelyn D.

. Se doter de moyens de contrôle pour assurer la surveillance des règles de confidentialité : Les responsables sont les pilotes locaux dans les applicatifs.

. Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles (ex : gestion des projets) afin de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et la mise en place de meilleures pratiques : La cible est : Un accroissement constant dans les pratiques des professionnels par l'utilisation d'outils performants.

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
3.1 Assurer une gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO)	✓ Connaître l'état de situation de sa main-d'œuvre (portrait, comportements, absences, départs, congés de longue durée, etc.) ✓ Évaluer les besoins sur trois ans (actions et indicateurs : présentation annuelle des données à l'ensemble des gestionnaires)	– Taux d'absentéisme; – Taux de rétention; – Taux d'assurance-salaire; – Taux de CSST; – Estimation des retraites; – Écart entre les besoins et l'offre de main-d'œuvre.	- Respect des cibles MSSS (taux); - Élaborer une PMO au 31 mars de chaque année.	DRHDO
Résultat au 31 mars 2012 :	**En attente des consignes de l'agence pour le plan 2012, nous fonctionnons toujours sur la base de la PMO 2011, qui contient les données 2012, 2013 et 2014. Recrutement effectué en lien avec la PMO.**			
3.2 Mettre en place des stratégies et de rétention des ressources humaines	✓ Améliorer le processus de dotation en qualité et quantité ✓ Identifier les problématiques reliées à l'embauche et aux départs (actions et indicateurs : politique de dotation, nombre de visites dans les maisons d'enseignement (promotion), accueil des stagiaires, mettre en place des entrevues de départ pour en connaître les raisons	– Qualité de vie au travail; – Taux d'attraction et de rétention; – Nombre de postes vacants; – Questionnaire sur la satisfaction des stagiaires; – Nombre de visites dans les établissements scolaires; – Nombre d'étudiants embauchés (PAB, externes, CEPI, etc...)	- Prendre le poulx aux trois ans (questionnaires auprès des employés, agrément).	DRHDO
Résultat au 31 mars 2012 : Travail en continue comprenant : - **déploiement de la politique de dotation;** - **élaboration d'une ébauche d'une stratégie de recrutement;** - **présence soutenue au cégep de Matane, UQAR et au CFP de Matane;** - **activités de fidélisation des étudiants du cégep (ex. : 5 à 7);**				

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
	- révision des processus et des critères de sélection pour l'ensemble des titres d'emploi; - révision du matériel d'entrevue en continue; - élaboration d'une politique et d'une journée d'accueil (en cours); - intervention auprès des employés sur l'importance de l'accueil de nos nouvelles ressources en termes de rétention (rencontre d'équipe d'employés) (passerelle); - entrevues de départ mis en place; - partenariat avec Jobillico pour améliorer la visibilité de l'établissement en termes de recrutement.			
3.3 Gérer de façon efficiente la présence au travail	✓ Gestion médico-administrative ✓ Prévention ✓ Gestion de l'absentéisme et du présentéisme (action et indicateurs : suivi du taux d'absentéisme, atteinte des cibles du MSSS, remettre sur pied du comité paritaire, PDSB, suivi des événements incidents et accidents)	• Informer en sélection de personnel l'ensemble des gestionnaires; • Nombre de gestionnaires formés; • Taux de présence ou d'absentéisme au travail; • Taux d'accident (incidence et gravité); • Investissement en prévention.	- Cible du MSSS en assurance-salaire; - Taux d'unité de CSST; - Trois rencontres/année pour le CPSST	DRHDO
Résultat au 31 mars 2012 : Gestion médico-administration rigoureuse. Suivi attentivement de nos taux d'absentéisme par service, par titre d'emploi, etc... Un comité paritaire en SST a été mis sur pied. Il y a eu peu de prévention d'effectué actuellement, par contre, il y a eu une quarantaine de PAB formés sur le PDSB en 2011-2012 en plus de 3 nouveaux formateurs PDSB. Démarche avec la CSST au niveau du plan d'action dans un projet d'intervention ciblée par la CSST. Le plan d'action est suivi en partenariat par la CSST et conseiller en SST de l'établissement.				
3.4 Participer et contribuer à l'amélioration des conditions d'exercice	✓ Organisation du travail ✓ Climat de travail ✓ Qualité de vie au travail ✓ Reconnaissance ✓ Support aux cadres : information et formation aux cadres (action et indicateurs : horaire de 12 heures, intégration des infirmières auxiliaires,	• Nombre de projets; • Sondage agrément; • Nombre d'activités; • Taux de participation aux activités; • Nombre d'activités de formation et d'information à l'inten-tion	- Amélioration continue; - 2 activités par année pour l'ensemble du personnel; - 1 activité par année à l'inten-tion des gestionnaires.	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
	questionnaire sur la mobilisation du personnel (agrément), taux de participation aux activités, formation et dotation et le taux de rétention)	des cadres.		
Résultat au 31 mars 2012 :	**Participation à divers projets d'organisation de travail, entre autre l'implantation des horaires de 12 heures, plan de développement des ressources humaines annualisés et suivi (informatisation, bilan, présences). La direction des ressources humaines contribue en continue à l'amélioration des conditions d'exercices de l'ensemble de son personnel, incluant le personnel cadre, par des rencontres d'équipe (incluant syndicat) pour climat de travail dans différents services, l'initiation d'un projet pour l'enseignement du Bacc. en soins infirmiers au Cégep de Matane (toujours en cours) et développement d'une expertise à l'interne pour les enquêtes en matière de harcèlement.**			

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
4.1 Doter l'établissement d'un plan directeur immobilier	✓ Constituer les comités de travail représentatifs des services cliniques et administratifs du CSSS ✓ Procéder à une consultation et à un inventaire des besoins ✓ Établir les priorités ✓ Diffuser les résultats et assurer le suivi	- Rencontres réalisées - Inventaire réalisé - Résultats connus - Créer une liste des priorités	PDII réalisé	DRFTI Tous les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2012 : Un événement imprévu à empêché la réalisation de cette orientation.				
4.2 Maintenir les installations et les équipements afin qu'ils répondent aux besoins des secteurs cliniques, soutien et administratifs en lien avec une prestation sécuritaire de services	✓ Élaborer et diffuser les cadres de gestion : • Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière • Plan de conservation des équipements médicaux et plan de conservation des équipements non mobilier et mobilier ✓ Réaliser les projets inscrits au PCFI ✓ Se doter des outils supportant la maintenance	- Diffuser PCFI au comité de gestion 1 fois/an; - Responsables/rencontres régulières des gestionnaires cliniques et diffusion au comité de gestion	Cadres de gestion connus Améliorer l'entretien et maintenir l'entretien des installations	DRFTI.

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
	préventive des actifs immobiliers et mobiliers ✓ Implanter les lignes directrices en hygiène et salubrité	- Projets réalisés - Acquérir et implanter le logiciel (démarche régionale)		
Résultat au 31 mars 2012 : Les projets inscrits au cadre de gestion sont réalisés en lien avec le rapport de gestion des risques de juin 2011. Un logiciel d'entretien préventif a été acquis et sera implanté en 2012-2013. Une démarche de révision des tâches en hygiène et salubrité a été amorcée.				
4.3 Finaliser la réorganisation du service alimentaire	✓ Augmenter la satisfaction de la clientèle ✓ Diminution des coûts	- Augmentation des ventes à la cafétéria - Diminuer le coût/repas		DRFTI coord. services alim.
Résultat au 31 mars 2012 : **Une augmentation de la satisfaction de la clientèle a été constatée de même qu'une importante diminution des coûts quoique dette diminution soit inférieur aux attentes et ce en raison d'une augmentation du coût des denrées alimentaires et des fournitures nécessaires à la desserte des repas.**				
4.4 Optimiser le processus d'allocation des ressources financières et le suivi de leur utilisation	✓ Optimiser les processus d'approvisionnement et de logistique ✓ Améliorer les processus d'information financière (compilation, diffusion, analyse interne et en support de gestion et suivi)	- Augmenter le nombre de rencontres de suivi avec les gestionnaire des secteurs critiques	Réduire le délai entre la démarche et la commande. Atteindre un meilleur contrôle et un suivi plus performant par les gestionnaires	DRFTI
Résultat au 31 mars 2012 : **Les rencontres prévues n'ont pas eues lieu, quelques avis ponctuels ont étés donnés et, pour ce dossier, les attentes quant aux cibles retenues ne sont pas atteintes.**				
4.5 Implanter une culture de performance	✓ S'assurer d'une efficacité (faire ce que l'on doit faire – résultat et d'une efficience (le faire en assurant une utilisation performante des ressources)	- Réalisation des activités en respectant le cadre budgétaire	Maintien de l'équilibre budgétaire	DRFTI et tous les gestionnaires

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2012 : **Tous les gestionnaires reçoivent en début d'année financière le budget des centres d'activités et des services dont ils sont responsables et un rapport suivi et contrôle budgétaire dans la troisième semaine suivant la fin d'une période financière.** **Des suivis réguliers des dossiers liés à la gestion financière sont traités aux rencontres bimensuelles du comité de direction et lors des rencontres planifiées avec l'ensemble des gestionnaires. (Rencontres aux six(6) semaines selon un calendrier pré-établi.**				
4.6 S'assurer de la disponibilité des ressources informationnelles en support aux activités cliniques et aux activités de gestion	✓ Déploiement du plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) ✓ Maintenir le plan de conservation des équipements			DRFTI Responsable informatique
Résultat au 31 mars 2012 : ✓ **Déploiement du plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) : L'indicateur utilisé a été le suivi accordé à la table régionale des directeurs des ressources financières, techniques et informationnelles.** ✓ **Maintenir le plan de conservation des équipements : Une mise à jour annuelle du plan en lien avec le plan de renouvellement des actifs informatiques.** **Note : Les cibles : Récurrences de l'application des mesures en lien avec les indicateurs retenues.**				

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
5.1 Ajuster la structure en fonction d'une efficience organisationnelle	✓ Structurer l'organisation en regard de nos priorités d'action ✓ Renforcer nos mécanismes de concertation et de coordination entre les équipes, les directions et l'équipe médicale	- Plan d'organisation - Le nombre de rencontres	Plan révisé - Dossiers communs (au moins 1 dossier commun soit entre 2 directions soit une direction et l'équipe méd.	DG Conseil d'administration

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2012 : Le plan d'organisation a été révisé et les dossiers suivants ont été partagés : soins palliatifs, AMPRO, direction et équipe médicale, etc..				
5.2 Actualiser notre vision, nos valeurs, notre philosophie de gestion et nos principes directeurs	✓ Promouvoir et partager notre vision	- Diffusion du plan stratégique (journal interne, rencontre, médias, etc.)	Les employés Les médecins Les gestionnaires Le conseil d'administration Partenaires externes et int.	DG
Résultat au 31 mars 2012 : La planification stratégique a été adoptée le 19 mai 2011 par le conseil d'administration. Les instances (CECII, CMDP et CII), le conseil d'administration et le comité des usagers ont participé à la planification stratégique. Cette dernière a été diffusé auprès des employés lors des rencontres les 20 et 22 juin 2011..				
5.3 Assurer une gestion efficiente, efficace et pertinente des ressources	✓ Optimisation de l'utilisation des ressources ✓ Évaluer la performance suivi et rétroaction	- Projets d'optimisation	1 à 2 projets d'optimisation	DG
Résultat au 31 mars 2012 : L'établissement a terminé l'année financière avec un surplus budgétaire. Ce surplus nous permet de rembourser le solde de notre déficit non autorisé. Cinq projets d'optimisation ont été déposés à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dont trois ont été acceptés : Implantation d'un guichet d'accès unique pour la santé physique, la révision du processus de remplacement (liste de rappel), la révision des cédules de travail pour le personnel en hygiène et salubrité, un projet régional : projet de réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) et un projet en attente : Demande des clarifications d'organisation intrahospitalière des soins et des services pour la personne âgée.				

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
6.1 Consolider le sentiment d'appartenance	✓ Unir les employés-sentiment d'appartenance ✓ Valoriser le travail du personnel ✓ Démontrer le souci-client et faire connaître l'expertise	– L'affichage numérique – Des banderoles ou panneaux extérieurs – Une photo-logo-slogan rassembleur – Insertion de cette « image d'unité » dans tous les courriels – Un journal interne – Boîtes de commentaires et concours de « La meilleure idée d'améliorations » – Permettre l'échange d'expertise et du savoir-faire des équipes par des midis-conférences – Offrir un objet promotionnel visible permettant de créer « un esprit d'équipe » au sein du personnel. – Soirée de reconnaissance	2011-2012 2011-2012 2011-2012 2011-2012 2011 2011-03-25 2012 2011	DG

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
Résultat au 31 mars 2012 : *Affichage* Diverses démarches ont été faites afin de recueillir des informations et des prix (Fondation, visite au CSSS Jean-Talon et rencontre avec un fournisseur). Les prochaines étapes sont une étude de faisabilité et la recherche de financement. *Banderoles* Des drapeaux et les certificats d'agrément seront installés à l'été 2012. *Photo-Logo-slogan-insertion-courriel* Dans le plan d'action pour 2012-2013 *Un journal interne* Fait et en continu, autant en version papier que sur internet *Boîte de commentaires* Dans le plan d'action pour 2012-2013 *Permettre l'échange d'expertise* Mise en place de lunch-conférence, le midi à l'automne 2012 *Objets promotionnels* *Dans le plan d'action pour 2012-2013* *Soirée reconnaissance* Fait et événement annuel.				

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
6.2 Promouvoir l'offre de service du CSSS à la population et aux partenaires	✓ Faire connaître l'offre de services ✓ Faire rayonner le CSSS ✓ S'imposer comme un leader dans le milieu	– Créer un site Web – Avoir un Power Point Corporatif avec acétates-corpo – Diffuser la vision stratégique 2011-2015 – Diffuser nos expertises	2011 2011 2011 2012	DG

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
		– Présence régulière dans les hebdomadaires	2011	
		– Diffusion des journaux internes adaptés		
		– Créer des alliances	2011	
		– Du matériel promotionnel pour le recrutement	2012	

Résultat au 31 mars 2012 : *Création d'un site internet*

En ligne depuis le 12 avril. Environ 300 pages visitées par jour et réception de 10 curriculum vitae par mois.

Power point corporatif

Dans le plan d'action pour 2012-2013

Diffuser la vision

Fait lors de rencontres avec le personnel dans chacun des établissements et par diverses rencontres avec nos partenaires socio-économiques ainsi que les élus municipaux et provinciaux.

Diffuser nos expertises

Fait, notamment par la présence de nos experts dans les journaux, télés et sur You Tube

Présence régulière dans les hebdos

Fait par l'envoi de nos journaux aux médias et par la transmission d'environ 2-3 communiqués par mois. Une présence plus régulière avec du placement média mensuel est prévu à l'automne 2012.

Diffusion des journaux internes

Fait. Outre au personnel et sur le site internet, les journaux sont envoyés à la Ville de Matane, au CLD, aux députés provincial et fédéral ainsi qu'à la MRC.

Créer des alliances

Fait par diverses rencontres avec le milieu (social-économique-politique) ainsi que par une structure avec les 3 autres CSSS et les 2 établissements régionaux (CRDI-TED et Centre jeunesse). Une table régionale des communications avec les 8 CSSS du Bas Saint-Laurent est prévue à l'automne 2012.

Matériel recrutement

Un plan d'action a été fait en collaboration avec plusieurs directions et la production de nouveaux outils est prévue à l'automne 2012 sous la supervision des Ressources humaines et de la Direction générale.

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
6.3 Dispenser des services-conseils	✓ Conseiller et supporter les gestionnaires et le personnel en matière de communication notamment en recueillant l'information et en rédigeant les textes	– Participation aux divers comités (CD-CG-CA) – Mandats ad-hoc – Formation de prise de parole en public – Formation média	2011 2011 2011 2011	
Résultat au 31 mars 2012 : En continu.				

ANNEXE 3

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	11	100,0	80,0	125,0	80,0	125,0
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,02	ND	NA		.
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,68	ND	NA		.
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,10	ND	NA		.
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,03	ND	NA		.
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	11	0,0	100,0	0,0	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	13	95,7	75,0	127,5	75,0	127,5
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	86,9	75,0	115,8	75,0	115,8
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	13	85,7	75,0	114,2	75,0	114,2

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.01.13 : Écoles en santé :

Tel que déjà expliqué à la rencontre régionale de direction, plusieurs démarches ont été effectuées au cours des dernières années localement, malheureusement sans résultat, car il y aurait de grandes réserves de la part du milieu scolaire qui n'aurait pas priorisé ceci n'ayant pas de porteur de dossier.

Aussi , dernièrement il fut entendu qu'une démarche visant une rencontre entre directeurs généraux concernés serait actualisée afin d'évaluer ce qui pourrait être fait pour aller de l'avant avec cette approche.

Toutefois, plusieurs interventions sont effectuées par nos intervenants dans les écoles et, généralement , nos services sont appréciés.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	100,00	ND	NA		.
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		.
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Version de GESTRED: 2012/05/01.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	304	487	62,4	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	4,17	4,42	94,2	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.02.02 : Nombre d'usagers desservis en services psychosociaux courants :

Diminution observée depuis les 2 dernières années. Notre organisation a vécu 3 départs à la retraite et 2 absences maladies , dont une en longue durée, au cours de cette période. De plus déjà un intervenant est en prêt de services . Plusieurs de ces absences n'ont pu être remplacées rapidement et, il devient de plus en plus difficile de recruter . Malgré toutes ces difficultés , tout semble entrer dans l'ordre et nous croyons que tous les postes seront comblés incessamment. Beaucoup d'efforts ont été faits par les intervenants en poste afin que les listes d'attente ne montent pas et beaucoup de souplesse aussi à ajouter les SEPPSÉ et codes urgents.

N.B. Les intervenants qui s'occupent des services généraux sont les mêmes que ceux en santé mentale adulte, donc, ces explications seront répétées .

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.3 Perte d'autonomie liée au vieillissement

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.03-EG1 Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	13	3,346	3,000	111,5	3,000	111,5
1.03.04-EG1 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	13	0,238	0,230	103,3	0,230	103,3
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	43746	ND	NA		.
1.03.05.02-CO Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services porfessionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	13	1 005	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Version de GESTRED: 2012/05/01.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	27	25	108,0	25	108,0
1.41.04.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	472	ND	NA		.
1.42.04.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	8,8	ND	NA		.
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	0,0	90,0		90,0	
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	0,0	90,0		90,0	
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	0,0	90,0		90,0	
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	0,0	75,0		75,0	
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	0,0	ND	NA		.
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	0,0	ND	NA		.
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	0,0	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Version de GESTRED: 2012/05/01.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	19	24	79,1	24	79,1
1.41.05.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	31	ND	NA		
1.42.05.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	4,1	ND	NA		
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	50,0	90,0	0,0	90,0	0,0
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	0,0	90,0	0,0	90,0	0,0
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	75,0	133,3

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.45.05.01-1.45.05.03 : La codification initiale en DI pour le dossier dont il est question est erronée et aurait dû être codifiée en santé mentale . La personne a été suivie pour psychose. La correction a été faite au système. Normalement, cette donnée ne devrait pas apparaître ainsi. De plus, aucun client n'est en attente de service at aucun n'a été vu hors délai. Des erreurs de codification ont déjà été relevées en cours d'année mais tout ceci a été corrigé au système et tous les intervenants concernés ont été rencontrés.

1.05.13 La cible à atteindre est de 90% et le niveau d'atteinte est de 79,1 %
Explications: Nous constatons que nous n'avons pas tous les dossiers DI et TED au Fond d'aide personnes handicapés (FAPH). Les demandes doivent être acheminées par les intervenants du CRDI - déficience de connaissance par les intervenants du programme. Mesure mise en place pour informer les partenaires du programme FAPH. Erreur de cotations par les intervenants dans le I-CLSC. Mesure mise en place pour informer les intervenants du processus de cotation adapté à cette clientèle. Processus en amélioration.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.6 Jeunes en difficulté

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	13	417	640	65,1	244	170,9
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	6,48	6,72	96,4	7,00	92,6

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.06.01 : Malgré le fait que nous avons vécu des absences maladies à tour de rôle , sans pouvoir remplacer complètement les intervenants , ceci par manque d'effectifs, nous avons réussi à restreindre les impacts sur la liste d'attente et, actuellement, nous controlons très bien les demandes . Mais l'analyse nous permet de constater que depuis 2 ans , nous enregistrons une diminution du nombre de demandes nécessitant des suivis mais une augmentation du nombre de demandes de situation de crise ou d'urgence et ce, autant en jeunesse qu'en adulte.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	11	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Version de GESTRED: 2012/05/01.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	12	11	109,0	41	29,2
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	5,69	12,00	152,5	12,00	152,5
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	305	364	83,7	382	79,8
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.08.05 : À titre indicatif, nous avions au 31 mars 2012, 21 personnes suivies en SIV.

1.08.09 : Ibid, services psychosociaux généraux (Diminution observée depuis les 2 dernières années. Notre organisation a vécu 3 départs à la retraite et 2 absences maladies, dont une en longue durée, au cours de cette période. De plus déjà un intervenant est en prêt de services . Plusieurs de ces absences n'ont pu être remplacées rapidement et, il devient de plus en plus difficile de recruter . Malgré toutes ces difficultés , tout semble entrer dans l'ordre et nous croyons que tous les postes seront comblés incessamment. Beaucoup d'efforts ont été faits par les intervenants en poste afin que les listes d'attente ne montent pas et beaucoup de souplesse aussi à ajouter les SEPPSÉ et codes urgents.)

N.B. Les intervenants qui s'occupent des services généraux sont les mêmes que ceux en santé mentale adulte, donc, ces explications seront répétées .

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	9,64	11,00	112,3	11,00	112,3
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	13,12	11,00	80,7	12,00	90,6
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	10,40	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.09.02

- Les processus en amont et en aval ont été requestionnés;
- Le système de repérage à l'urgence de la clientèle 75 ans et + à l'intégration des services pour le maintien à domicile (PRISMA-7) a été implanté en août et les suivis sont assurés pa le secteur maintien à domicile;
- Une procédure de communication avec les ressources intermédiaires a été établie lorsqu'une personne doit consulter à l'urgence;
- Le processus d'admission en courte durée est en révision;
- Des achats de places temporaires ont été faits afin de libérer des lits de courte durée et de donner accès aux admissions.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	64	94	68,0	94	68,0
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	11,72	18,69		ND	NA
1.09.33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ou moins (de calendrier)	13	97,1	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.09.05 et 1.09.06 : Cible atteinte, cadre de référence en élaboration.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.11-EG1 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	13	25	14	178,5	ND	NA
1.09.12-EG1 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	13	36	16	225,0	ND	NA
1.09.13-EG1 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.14-EG1 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	13	537	634	84,7	ND	NA
1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	13	344	303	113,5	ND	NA
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.09.14

- Certains cas d'orthopédie sont faits en endoscopie plutôt qu'en chirurgie d'un jour.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	52,0	90,0	57,7	ND	NA
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	63,9	90,0	70,9	ND	NA
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	90,9	90,0	100,9	ND	NA
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	99,3	90,0	110,3	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

1.09.20.01 et 1.09.20.02

- Les cas sont traités selon la disponibilité médicale;
- Un des deux orthopédistes est disponible une semaine par mois (1);
- La gestion de lits en chirurgie orthopédique doit être complémentaire à la chirurgie générale ainsi que le débordement relié à la médecine;
- La durée de séjour est à réviser par le suivi systématique des clientèles qui se fera à l'automne 2012.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	0,0	ND	NA		.
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	40,4	ND	NA		.
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	61,4	ND	NA		.
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		.
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	23,7	ND	NA		.
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	16,9	ND	NA		.
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	50,9	ND	NA		.
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		.
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		.
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		.
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		.
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		.
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		.

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**

Version de GESTRED: 2012/05/01.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	12	8,05	6,90	83,3	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	12	9,75	7,60	71,6	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	12	5,38	3,55	48,3	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	12	2,69	0,18	0,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	12	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	12	0,00	0,00	100,0	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.

3.01.PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

Engagement	Réel	Écart
6.90 %	8.04	1.14 %

Pour répondre à la cible ministérielle, nous avons travaillé à la mise en place de différents outils de gestion et de contrôle de nos invalidités.

- Plan d'action en gestion de la présence au travail déposé à l'ASSS BSL, en novembre 2011;
- tableaux mieux détaillés du type d'événements par titre d'emploi, par service, par groupe diagnostic, par installation, etc...;
- utilisation des expertises et de l'arbitrage médical;
- gestion médico-administrative rigoureuse de tous les dossiers;
- visite du MSSS et de son équipe de santé au travail, rapport et recommandation de celle-ci;
- participation aux travaux de l'Alliance de l'Est dans le but de réorganiser les bureaux de santé des établissements de l'Est du BSL;
- changement du médecin du bureau de santé dans la dernière année;
- intervention ciblée avec la CSST et partage de coûts dans différents dossiers;
- application du programme « PRATA »;
- mise en place du comité paritaire en SST:

- formation d'une soixantaine de préposés aux bénéficiaires sur le PDSB;
- prévention en SST en milieu de travail à améliorer;
- élaboration et révision des politiques et procédures en SST
- utilisation régulière de retour progressif et de l'assignation temporaire, afin de favoriser le maintien du lien avec le milieu de travail.

3.05.01.PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.

Engagement	Réel	Écart
7.60 %	9.79 %	2.19 %

3.05.02.PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau.

Engagement	Réel	Écart
3.55 %	5.40 %	1.85 %

3.06.01.PS Pourcentage de recours à la main d'œuvre indépendante par les infirmières.

Engagement	Réel	Écart
0.18 %	2.96 %	2.78 %

Selon nous, les trois (3) indicateurs précédents doivent être travaillés ensemble et les interventions ciblées contribuent à l'amélioration de ceux-ci.

- Planification des processus de dotation en fonction de notre prévision de main d'œuvre et recrutement effectué en fonction des besoins présents et futurs;
- amélioration du processus de dotation et resserrement de nos critères de sélection (améliorer notre ratio : recrutement vs rétention);
- mise en place et application de notre politique de dotation, incluant les entrevues de départ et la recherche d'antécédents judiciaires;
- élaboration d'une stratégie de recrutement CSSS en fonctions de 5 axes :
  - Amélioration de l'accueil – journée d'accueil;
  - diffusion de nos offres d'emploi;
  - révision des outils de promotion;
  - renforcement de notre positionnement auprès des institutions d'enseignement;
  - comité de suivi et ajustement.
- Présence soutenue au Cégep et au CFP de Matane, ainsi qu'à L'UQAR;
- activités de fidélisation de nos étudiants en soins infirmiers;
- participation à l'amélioration des conditions d'exercices :
  - Organisation du travail;
  - climat de travail;
  - qualité de vie au travail;
  - horaire de 12 heures;
  - PDRH;
  - expertise interne en matière de harcèlement au travail.
- participation au changement de culture organisationnelle en matière d'attraction et d'accueil de nos stagiaires et de nos nouveaux employés;
- position d'établissement au niveau de la gestion des congés sans solde et des traitements différés;
- travail en partenariat avec le Cégep et UQAR par dispensation du BAC en soins infirmier et recyclage d'infirmières auxiliaires à Matane.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2011-2012 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

4.0 Urgences(Désencombrement)

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2011-2012 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	3,5	0,0	0,0	ND	NA
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,1	0,0	0,0	ND	NA
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,2	0,0	0,0	ND	NA
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,2	0,0	0,0	ND	NA
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,1	0,0	0,0	ND	NA
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.08-EG1 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	12	1,02	3,00	166,0	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement **Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %**
Version de GESTRED: 2012/05/01.